

# WARIANT I

TEST PODWÓJNY | Proszę o odpłatne pobranie i przechowanie surowicy

## DANE PACJENTA

imię i nazwisko:
PESEL:
adres:
telefon kontaktowy:

## DANE LEKARZA KIERUJĄCEGO

imię i nazwisko:
mail:

## MIEJSCE BADANIA

Badania wykonywane są w **Poradni Medycyny Matczyno - Płodowej** zlokalizowanej w **Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie**, przy ulicy **Żołnierskiej 18**, w **gabinecie nr 1 na parterze** - z holu głównego trzeba skręcić w prawo.

## TERMINY BADANIA

od **PONIEDZIAŁKU** do **PIĄTKU**  
8.00 - 13.00 | 15.30 - 17.30

## KONTAKT

W razie **problemów**, np. nie ma nikogo w gabinecie, prosimy o kontakt telefoniczny!  
> +48 **516 045 406** lub +48 **508 238 050**

pieczętka i podpis lekarza kierującego