



Instytut Matki i Dziecka
Zakład Badań Przesiewowych i Diagnostyki Metabolicznej

Ul. Kasprzaka 17A, 01-211 Warszawa; tel.: 22 32 77 256 , fax.: 22 32 77 161

Oznaczenie ilościowe galaktozy i galaktozo-1-fosforanu w suchej kropli krwi

Zleceniodawca	Lekarz kierujący
Umowa nr / NIP:	Telefon do kontaktu:
Data skierowania:	

DANE OSOBOWE:

Imię i Nazwisko														
Pesel dziecka														
Data urodzenia dziecka (d/m/r)		/		/										
							Data pobrania (d/m/r)		/		/			

Dodatkowe Informacje	
---------------------------------	--

Gł. Księgowa/y

Dyrektor