

MODULO DI RICHIESTA PROVETTE **CPT**

Richiedente:

Ospedale Maggiore SC.....

Territorio – Distretto n° SC

Tipologia di provetta	Quantità richiesta
Provette CPT	

Data richiesta

Firma del richiedente

Nota:

Vengono consegnate al massimo due provette di CPT, in caso di maggiore necessità indicare i nomi dei pazienti che necessitano del prelievo in CPT.

Modulo da inviare alla S.C. Patologia Clinica – Sede Ospedale di Cattinara:

- Posta interna
- Fax 040 399 4746