

MODULO DI RICHIESTA PROVETTE SPECIALI

Richiedente:

Ospedale Maggiore SC.....

Territorio – Distretto n° SC

Tipologia di contenitore	Quantità richiesta
Contenitore Acido Acetico 10 %	
Contenitore Acido Cloridrico 6 N	
Provetta Sodio Azide 10 %	
Contenitore Feci Hb	

Data richiesta

Firma del richiedente

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

- Posta interna
- Fax 040 399 2872