

FECHA : _____

SOLICITANTE: _____ EMPRESA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ HORA DE TOMA: _____:_____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____

CÓDIGO	PRUEBA	PRECIO c/IVA

NÚMERO DE RECIPIENTES ENTREGADOS: TEMPERATURA AMBIENTE_____ REFRIGERADOS_____ CONGELADOS_____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ HORA DE TOMA: _____:_____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____

CÓDIGO	PRUEBA	PRECIO c/IVA

NÚMERO DE RECIPIENTES ENTREGADOS: TEMPERATURA AMBIENTE_____ REFRIGERADOS_____ CONGELADOS_____

FORMA DE PAGO: EFECTIVO TRANSFERENCIA

ENTREGÓ _____ RECIBIÓ _____