


شماره فرم: RC-FO-008	 <p>فرم دریافت نمونه های ارسالی</p>
شماره بازنگری: 00	
شماره سابقه:	
تاریخ:	

آزمایشگاه ژنتیک پزشکی دکتر زینلی
 تهران، خیابان ولیعصر، بالاتر از خیابان فاطمی، خیابان مجلسی، پلاک ۴۱
 کد پستی: ۱۵۹۵۶۴۵۵۱۳
 شماره تلفن: ۰۲۱-۸۸۹۳۹۱۴۰ (خط ۲۰)
 شماره نمابر: ۰۲۱-۸۸۹۳۰۸۶۸

توضیحات	ماده ضد انعقاد	نوع نمونه			نوع آزمایش درخواستی	جنسیت	تاریخ تولد	کد ملی	نام خانوادگی	نام	ردیف
		مایع آمنیون	CVS	خون							
		با ذکر سن جنین									
											۱
											۲
											۳
											۴
											۵
											۶
											۷
											۸
											۹
											۱۰
محل مهر مرکز ارسال کننده یا مهر و امضای مسئول فنی مرکز ارسال کننده	مسئول ارسال نمونه:						فرستنده:				
	تاریخ ارسال نمونه:						استان:				
	تعداد نمونه ها:						شهر:				
							نمابر:				
					Email:						
جهت تسریع در امر پذیرش نمونه های ارسالی تکمیل فرم فوق الزامی می باشد. این مرکز از پذیرش نمونه های بدون فرم مشخصات معذور است.											