

فرم درخواست حذف تست توسط آزمایشگاه

اینجانب با سمت در آزمایشگاه
در تاریخ/...../۱۴..... ضمن اطلاع از وضعیت تست و ضرورت انجام آن، به
دلیل درخواست حذف تست
از بیمار پذیرش شده، آقا / خانم فرزند
با کد ملی را اعلام می‌دارم. بدیهی است مسئولیت حذف این
تست تمام بر عهده آزمایشگاه مبدأ می‌باشد و آزمایشگاه بصیر هیچ مسئولیتی
در این زمینه ندارد.

امضا و اثر انگشت