

فرم درخواست شخصی جهت انجام تست

نام و نام خانوادگی : تاریخ تولد :/...../.....

کد ملی : شماره تماس :

تاریخ درخواست و پذیرش : / / تاریخ نمونه گیری : / /

نام تست (های) درخواستی :

.....
.....

اینجانب در کمال آگاهی از نحوه نمونه گیری، انجام و جوابدهی تست درخواستی و نیز آگاهی از هدف در نظر گرفته شده و محدودیت های موجود برای این تست، درخواست شخصی خود را برای انجام این تست اعلام می‌نمایم. بدیهی است کلیه خسارات احتمالی ناشی از عدم مشورت با پزشک معالج به عهده اینجانب است و آزمایشگاه در این زمینه مسئولیتی به عهده ندارد.

امضا و اثر انگشت