TERMO DE SOLICITAÇÃO DE DEVOLUÇÃO DE AMOSTRA BIOLÓGICA

Venho por meio desta, solicitar a devolução do material biológico abaixo descrito, assumindo toda a responsabilidade legal pela guarda do mesmo.

Unidade Apoiada Theolab: _____

Razão Social:_____

Código do Código Apoiado:_____

Unidade Theolab para Devolução do Material: _____

Paciente

Nome Completo: _____ Número do Pedido:_____

Tipo de material

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Nome, assinatura e carimbo com número de conselho de classe do responsável solicitante.
***Informar: CRM/ CRF/ CRBM/ CRBIO**