

YÊU CẦU CUNG CẤP DỊCH VỤ XÉT NGHIỆM

Số:.....

Tên khách hàng.....

STT	Các chỉ tiêu xét nghiệm	Số lượng	Phương pháp xét nghiệm	Thời gian trả kết quả	Phí xét nghiệm

Đại diện khách hàng

Ngày tháng năm
Đại diện Khoa Huyết học - Truyền máu

Ý kiến của Lãnh đạo Khoa Huyết học - Truyền máu	Ý kiến của Lãnh đạo Bệnh viện
Ngày: / / Ký:	Ngày: / / Ký: