



Generom
Doctor Mihaela Mataringa SRL
B-dul Tomis 98, Ap.19
900657-Constanta
Romania
Phone: +32 3 303 08 01
Fax: +32 3 877 29 57
E-mail: info@generom.com
Web: www.generom.com

FORMULAR PENTRU TRIMITEREA PROBELOR

VA FI COMPLETAT DE MEDICUL SAU
LAB SOLICITANT

DATE DESPRE PACIENT

Nume:			
Prenume:			
Sexul:	Masc <input type="checkbox"/>		Fem <input type="checkbox"/>
Data Nasterii:	----- Ziua	----- Luna	----- Anul
Etnia:			
Tara:			

MEDIC / LAB SOLICITANT

Nume:	
Prenume:	
Numele Spitalului/Lab:	
Adresa:	
Tara:	
Telefon:	
Fax:	
E-mail:	

INFORMATII PRIVIND PROBA

Tipul:	ADN <input type="checkbox"/>	Sing <input type="checkbox"/>	Ser <input type="checkbox"/>
Numarul Probei/Codul:			
Data Recoltarii:	----- Ziua	----- Luna	----- Anul
Data Trimiteri:	----- Ziua	----- Luna	----- Anul

MODUL DE PLATA

Accept conditiile GENDIA si voi plati la timp.

TESTUL CERUT

Numele Genei:	
Numerul OMIM al Genei: (completati daca este cazul)	
Alte Teste:	
Numele Bolii:	
Numerul OMIM al Bolii: (completati daca este cazul)	
Daca testul este urgent explicati:	

Semnatura:			
Data:	----- Day	----- Month	----- Year
Modalitatea:	Visa <input type="checkbox"/>	MasterCard <input type="checkbox"/>	Transfer Bancar <input type="checkbox"/>

INFORMATII DESPRE FACTURA

(Se va completa numai "Medic/Lab Solicitant")

Numele:	
Adresa:	
TVA: (daca este cazul)	
Telefon:	
E-mail:	

INFORMATII CLINICE RELEVANTE:

INFORMATII PRIVIND CARTEA DE CREDIT

Numele de pe Cartea de Credit:	
Numarul Cartii de Credit:	
Data Expirarii:	