



Generom
Doctor Mihaela MataringaSRL
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				MEDIC / LAB SOLICITANT				
Nume:				Nume:				
Prenume:				Prenume:				
Sexul:		Masc <input type="checkbox"/>	Fem <input type="checkbox"/>	Numele Spitalului/Lab:				
Data Nasterii:		----- Ziua	----- Luna	----- Anul	Adresa:			
Etnia:								
Tara:				Tara:				
INFORMATII PRIVIND PROBA				Telefon:				
Tipul:		ADN <input type="checkbox"/>	Sing <input type="checkbox"/>	Ser <input type="checkbox"/>	Fax:			
Numarul Probei/Codul:				E-mail:				
Data Recoltarii:		----- Ziua	----- Luna	----- Anul	MODUL DE PLATA			
Data Trimiteri:		----- Ziua	----- Luna	----- Anul	Accept conditiile GENDIA si voi plati la timp.			
TESTUL CERUT				Semnatura:				
Numarul Testului:				Data:		----- Day Month Year		
<i>(va rugam verificati site-ul daca nu sinteti sigur)</i>				Modalitatea:		Visa <input type="checkbox"/>	MasterCard <input type="checkbox"/>	Transfer Bancar <input type="checkbox"/>
RELEVANT CLINICAL INFORMATION				INFORMATII DESPRE FACTURA (Se va completa numai "Medic/Lab Solicitant")				
				Numele:				
				Adresa:				
				TVA: (daca este cazul)				
				Telefon:				
				E-mail:				
INFORMATII PRIVIND CARTEA DE CREDIT								
				Numele de pe Cartea de Credit:				
				Numarul Cartii de Credit:				
				Data Expirarii:				