

**Poliklinika za reumatske bolesti,
fizikalnu medicinu i rehabilitaciju „Dr. Drago Čop“
10000 Zagreb, A. Mihanovića 3
SLUŽBA MEDICINSKE BIOKEMIJE I LABORATORIJSKE MEDICINE**

ZAHTJEV ZA SLANJE / PREUZIMANJE NALAZA

Molim, pošaljite laboratorijski nalaz za: _____
(ime i prezime pacijenta)

1. Standardnom poštom _____
(adresa)
2. Elektroničkom poštom _____
(e-mail adresa)
3. Druga osoba _____
(ime i prezime)

Datum: _____

(potpis)