



## טופס בקשה לביצוע בדיקות NAT

חלק זה מיועד למילוי ע"י הגורם השולח:

שם הגורם השולח: \_\_\_\_\_ תאריך משלוח: \_\_\_\_\_ סה"כ דגימות בדף זה: \_\_\_\_\_

שם השולח/ת: \_\_\_\_\_ חתימת השולח/ת: \_\_\_\_\_

מס"ד	תאריך תרומה	מספר מנה בביה"ח (ברקוד)	מספר דגימה מד"א (ברקוד)	הערות *

\*נא לסמן: דגימה חוזרת לאימות / דגימה לביצוע בקדימות, WNV בלבד, UE בלבד

למילוי בשרותי הדם (מש"ד):

תאריך קבלה \_\_\_\_\_ סה"כ דגימות \_\_\_\_\_ שם המקבל \_\_\_\_\_ חתימת המקבל \_\_\_\_\_

תאריך קליטה \_\_\_\_\_ שם הקולט \_\_\_\_\_ חתימת הקולט \_\_\_\_\_