



HQ-LAB Egészségügyi Szolgáltató Kft

4031 Debrecen Bartók Béla út 2-26. Tel/Fax: (52) 511 807

VÉRVÉTELI ESZKÖZ IGÉNYLŐ LAP

Igénylő neve (házi orvos/házi vérvető/vállalkozás):	
Igénylő címe:	
Igénylő elérhetősége (telefon, e- mail)	

Megnevezés	Igényelt mennyiség (db)	Kiadott mennyiség (db)
Vac. cső piros 9 ml		
Vac. cső piros 4 ml		
Vac. cső kék 2 ml		
Vac. cső lila 3 ml		
Vac. cső fekete 1,6 ml		
Vac. tű zöld 21 G 1 ½		
Egyéb nem felsorolt vérvételi eszköz		

Dátum:év.....hó.....nap

PH

.....
aláírás

Alulírott nyilatkozom, hogy a kiadott vérvételi
eszközöket hiánytalanul átvettem.

Dátum:év.....hó.....nap

PH

.....
aláírás