

Nr zlecenia <i>Order no.</i>	Wypełnia Diagnostica/To filled by Diagnostica
Data <i>Date</i>	

## FORMULARZ ZLECENIA WYKONANIA OZNACZENIA INHIBITORÓW TROMBINY

*Order form for Thrombin Inhibitors assay*

DANE JEDNOSTKI ZLECAJĄCEJ: <i>Customer details</i>	DANE PŁATNIKA (jeśli inne niż zleceniodawcy): <i>Payer details (to fill if different than customer's)</i>
Nazwa: <i>Name</i>	Nazwa: <i>Name</i>
Adres: <i>Address</i>	Adres: <i>Address</i>
NIP (EU) <i>EU VAT id no.</i>	NIP (EU) <i>EU VAT id no.</i>
Tel. kontaktowy <i>Contact phone</i>	Tel. kontaktowy <i>Contact phone</i>
e-mail:	e-mail:

DANE OSOBY ZLECAJĄCEJ BADANIE: <i>Details of person ordering assay</i>	
Imię i nazwisko <i>Name</i>	Tel. kontaktowy <i>Contact phone</i>

MATERIAŁ DO BADAŃ: <i>Sample type</i>	
Rodzaj materiału: <i>Sample type</i>	Data i godzina pobrania <i>Date and hour of sample collection</i>

DEKLAROWANY SPOSÓB ODBIORU WYNIKÓW BADANIA: <i>Way of results delivery</i>	
<input type="checkbox"/> List polecony priorytetowy (płatne dodatkowo równowartość 50 CZK) <i>Registered letter (additionally paid 50 CZK)</i>	<input type="checkbox"/> FAX* (nr .....) <i>* po nadesłaniu imiennego zobowiązania do ochrony przetwarzanych informacji</i>

1. Klient zgadza się na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji zlecenia zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101, poz. 926)
2. Miejsce dostarczenia próbek: Nemocnice Na Homolce, Paní Ludmila Dvořáková – OKBH, Roentgenova 2 150 30 Praha 5, Czech Republic
3. Koszt jednego badania to 500 CZK lub równowartość.

.....  
podpis klienta