

ŽÁDANKA O VÝDEJ TRANSFUZNÍCH PŘÍPRAVKŮ A KREVNÍCH DERIVÁTŮ

Příjmení:	Razítko lékaře:
Jméno a titul:	Telefon:
Rodné číslo, pohlaví:	IČP, odbornost:
Diagnózy:	Podpis lékaře:
Pojišťovna:	Datum:
Žádáme o výdej:	

FV_PKN_03_03_TRO

— ✂ —

Nemocnice Pardubického kraje, a. s.
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice
IČ: 275 20 536
Expedice: 466 01 4921

ŽÁDANKA O VÝDEJ TRANSFUZNÍCH PŘÍPRAVKŮ A KREVNÍCH DERIVÁTŮ

Příjmení:	Razítko lékaře:
Jméno a titul:	Telefon:
Rodné číslo, pohlaví:	IČP, odbornost:
Diagnózy:	Podpis lékaře:
Pojišťovna:	Datum:
Žádáme o výdej:	

FV_PKN_03_03_TRO

— ✂ —

Nemocnice Pardubického kraje, a. s.
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice
IČ: 275 20 536
Expedice: 466 01 4921

ŽÁDANKA O VÝDEJ TRANSFUZNÍCH PŘÍPRAVKŮ A KREVNÍCH DERIVÁTŮ

Příjmení:	Razítko lékaře:
Jméno a titul:	Telefon:
Rodné číslo, pohlaví:	IČP, odbornost:
Diagnózy:	Podpis lékaře:
Pojišťovna:	Datum:
Žádáme o výdej:	

FV_PKN_03_03_TRO