



BARTIN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

LABORATUVAR NUMUNE TESLİM FORMU

DOK. NO: LB.FR.001

YAY. TRH: 07.03.2022

REV. TRH:

REV NO: 0

SAYFA S 1 / 1

Tarih: / /20 Saat:

Sayı	Hasta Adı Soyadı (Barkod yapıştırın)	Numune Sayısı	Numuneyi Alan Personel	Numuneyi Teslim Eden Adı Soyadı	Numuneyi Teslim Alan Şoför Adı Soyadı
1					
2					
3					
4					
5					

TOPLAM NUMUNE SAYISI:

Teslim Eden Şoför Adı Soyadı-İmza	Numune Teslim Saati	Teslim Alan Laboratuvar Personeli Adı Soyadı- İmza	Numune Teslim Saati
-----------------------------------	---------------------	--	---------------------