

Beställare, svarsmottagare



Patientidentitet (personnr, namn)

Betalningsansvarig:

Provt. datum

Rem. läkare:

Meddelande till lab.:

Provet utgörs av:

Önskad undersökning:

LABORATORIEREMISS ALLMÄN

2011-10-06

Unilabs AB
Laboratoriemedicin, Mälarsjukhuset
631 88 ESKILSTUNA
Kundtjänst: 016-10 59 00

Unilabs AB
Laboratoriemedicin, Kärnsjukhuset
541 85 SKÖVDE
Kundtjänst: 0500-43 23 00

Unilabs AB
Laboratoriemedicin, Capio S:t Görans sjukhus
112 81 STOCKHOLM
Kundtjänst: 08-5870 3860

Provtagningsanvisningar
www.anvisningar.se