

T.C. Sağlık Bakanlığı
HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
Doğrulama Testi İstem Formu

KİŞİ BİLGİLERİ

Kişi Kodu:	Cinsiyeti:	Uyruğu:
------------	------------	---------

İLK TEST BİLGİLERİ

	İLK TEST	TEKRAR TESTİ
Test Tarihi:		
Testin Yapıldığı İl:		
Testin Yapıldığı Kurum:		
Test Türü:		
Kitin Tam Adı(Kit Markası):		
Test Eşik Değeri(Cut-Off):		
Test Sayısal Değeri:		

TESTİN GÖNDERİLECEĞİ DOĞRULAMA MERKEZİ

Kurum Adı:	İZMİR HALK SAĞLIĞI LABORATUVARI
Adres/Telefon:	52/18 Sokak No:4 35350 Poligon/İZMİR Tel:0 232 285 31 62

İSTEMİ YAPAN KURUM VE KİŞİ BİLGİLERİ

İl:	İZMİR	İstem Tarihi:	 /..... / 20....
Kurum Adı:			
Birim:			
İstem yapan Kişi:			
Unvan-Branş:			
Sicil No:			
Telefon:			
E-Posta:		İmza:	