

Centre Mèdic Delfos

Avda. Vallcarca, 151 Dep. 54 08023 Barcelona Tel: 93 254 04 70 directe Tel: 93 254 50 00 Ext. 5548 Fax: 93 254 04 61 directe

20345015

DADES DE LES PROVES REALITZADES

| Pacient: | BOUZAS FEIJOO, GERMAN |
|----------|-----------------------|
| | |

Prescriptor:

Finançador: UNIVERSAL

Data Visita: 08/02/2018

Prova: G. LEUCOCITOS MARCADOS

DADES PER A LA RECOLLIDA DE PROVES

Data de la recollida:

Lloc: Avinguda de Vallcarca, 151 Dep. 54

Horari: De Lunes a Viernes de 11 a 14 h y de 15:30 a 17:00 h

ACREDITACIÓ DE LA RECOLLIDA DE PROVES

Aquest centre garanteix la seguretat i la confidencialitat de les seves dades de carácter personal i médico-sanitáries recaptades durant la seva estada.

El resultat de les proves efectuades només pot ser Illurat al pacient o a una persona expressament autoritzada per aquest.

Per a la recollida de les proves és imprescindible aportar aquest document

| Recull la prova | Requisits per a la recollida | |
|-----------------|--|--|
| El pacient> | Aportar aquest full de recollida signat per el pacient. | |
| | Acreditar-se presentant el DNI, passaport o carnet de conduir. | |
| Autoritzat> | Aportar aquest full de recollida signat per el pacient i per la persona autoritzada, | |
| / tator result | excepte si el pacient és menor d'edat. | |
| | • Aportar fotocòpia del DNI del pacient (i el ilibre de familia si el pacient és | |
| | menor) | |
| | Acreditar-se presentant el DNI, passaport o carnet de conduir. | |

SIGNATURES PER A LA RECOLLIDA DE PROVES

| Pacient (en tot cas) | Persona autoritzada |
|----------------------|------------------------|
| Signatura: | Signatura: |
| | Cognoms i nom: DNI: |
| Barcelona, a: | |