MODELLO B

ALL'U.O. PATOLOGIA CLINICA II - Laboratorio Tipizzazione Tessutale
A.O. OSP. POLICLINICO-CONSORZIALE BARI

RICHIESTA PER PRESTAZIONI AD ACCESSO DIRETTO

- *RICERCA ANTICORPI ANTI-HLA di CLASSE I e II*

Inserimento nella lista d'attesa regionale pugliese per trapianto di rene

Cognome e Nome	Codice Fiscale	Residenza	ASL	Firma
_____	_____	_____	____	_____
_____	_____	_____	____	_____
_____	_____	_____	____	_____
_____	_____	_____	____	_____
_____	_____	_____	____	_____
_____	_____	_____	____	_____
_____	_____	_____	____	_____
_____	_____	_____	____	_____
_____	_____	_____	____	_____
_____	_____	_____	____	_____
_____	_____	_____	____	_____
_____	_____	_____	____	_____
_____	_____	_____	____	_____
_____	_____	_____	____	_____
_____	_____	_____	____	_____

MEDICO RICHIEDENTE _____

STRUTTURA DI APPARTENENZA _____

TEL:_____ FAX: _____

lì _____/_____/_____

Firma del Medico

_____