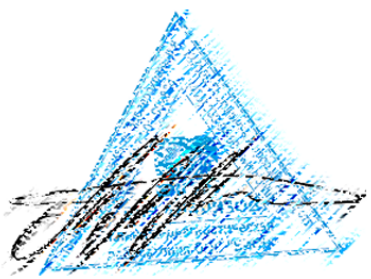
Ист.бол./Амб.карта:
Ф.И.О.: **Иванова Иванова Иванова**
Дата рождения: **11/12/1981** Пол: **Женский**

Адрес: **Отправка не нужна**

Страховая компания:
Стр. полис: Серия Номер

ЛПУ: **(9779) LAB4U**
Отделение **3021 Медицинский центр «М»**
Ф.И.О. врача: **-**
Дата/время взятия материала: **29/05/2018**
Дата доставки материала: **29/05/2018**
Номер заказа: **977911111111**
Номер образца: **977911111111**



**Иванов И.И.,**

Дата выдачи: **04/04/2024**