

Titul, meno a priezvisko:

Odbornosť lekára:

Kód lekára: Kód poskytovateľa:

Adresa ambulancie:

Tel. kontakt: Mailová adresa:

Fakturačné údaje:

Názov spoločnosti:

Adresa:

IČO: DIČ:

Prevádzkové hodiny ambulancie:

Pondelok	Utorok	Streda	Štvrtok	Piatok

Zvoz materiálu: pravidelne na telefón

REGISTRAČNÝ FORMULÁR NA ZASIELANIE VÝSLEDKOV

Mám záujem výsledky získavať: KLINICKÁ BIOCHÉMIA s.r.o. Martinské biooptické centrum s.r.o.



Mám záujem výsledky získavať:

- Medicom
- WinAmbulancia
- CURO
- WEB rozhranie – WebLIMS
- iný systém - **názov**.....



Mám záujem výsledky získavať:

- Medicom
- WEB rozhranie - ConaPAT