

Imię:

### 1. DANE PACJENTA

Imię

Nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dane rodzica / opiekuna prawnego (wypełnić, jeśli pacjent jest niepełnoletni)

### 2. DANE KONTAKTOWE

Adres  
korespondencyjny

Numer telefonu

Adres email

### 3. INFORMACJE O BADANIACH PARAZYTOLOGICZNYCH

(proszę zaznaczyć zlecane badania)

	Nazwa badania	Cena
<input type="checkbox"/>	Giardia duodenalis (Lamblia)	50 PLN
<input type="checkbox"/>	Blastocystis hominis i Cryptosporidium parvum	50 PLN
<input type="checkbox"/>	Pozostałe pasożyty (glisty, tęgoryjce, węgorki, tasiemce, przywry, włosogłówki)	80 PLN
<input type="checkbox"/>	Grzybnia Candida (metoda mikroskopowa, bez posiewu)	50 PLN
<input type="checkbox"/>	Owsiki	50 PLN
<input type="checkbox"/>	Identyfikacja dostarczonego pasożyta bez badania kału	60 PLN