



ایا



برگه ثبت نام در برنامه آزمایشهای مولکولی عفونی در سال ۱۳۹۶

نام آزمایشگاه: دانشگاه استان * کد عضویت: /

نام مسئول فنی / موسس:

نوع آزمایشگاه: پاتوبیولوژی دولتی خصوصی

تشخیص طبی دولتی خصوصی

کد اقتصادی:

نشانی:

کدپستی: درج کد پستی جهت ارسال نمونه الزامی می باشد.

شماره تماس آزمایشگاه: شماره تلفن همراه مسئول فنی:

شماره تلفن همراه سوپر وایزر: نامبر:

پست الکترونیکی آزمایشگاه / مسئول فنی:

هزینه (ریال)	یک نوبت (زمستان)	نوع آزمایش	
۵۰۰,۰۰۰	<input type="text"/>	HBV	PCR

مهر و امضاء آزمایشگاه