

טופס זה מיועד לדגימות שנלקחו במסגרת הליך הפסקת היריון

לכבוד: בית חולים _____

אני _____ תעודת זהות _____

מייפה את כוחו/ה של נציג/ה מטעם מכבי לאסוף מבית החולים דגימת דנא ולשנע אותה למעבדת מכבי.

בברכה,

שם וחתימה _____

תאריך _____