

BON DE COMPATIBILITATE

Data _____

Nume si prenume pacient _____

CNP _____

Felul produsului cerut _____ cantitatea _____

Grupa sanguina pacient _____ Rh _____

Grupa sangelui din flacon _____ Rh _____

Proba de compatibilitate efectuata de as. _____

BON DE COMPATIBILITATE

Data _____

Nume si prenume pacient _____

CNP _____

Felul produsului cerut _____ cantitatea _____

Grupa sanguina pacient _____ Rh _____

Grupa sangelui din flacon _____ Rh _____

Proba de compatibilitate efectuata de as. _____

BON DE COMPATIBILITATE

Data _____

Nume si prenume pacient _____

CNP _____

Felul produsului cerut _____ cantitatea _____

Grupa sanguina pacient _____ Rh _____

Grupa sangelui din flacon _____ Rh _____

Proba de compatibilitate efectuata de as. _____