|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **19D-1 List przewozowy - RCNT** | | | | | | | | | | | | | |
| **ODCINEK DLA SZPITALA** | | | | | | | | | | | | | |
| **NADAWCA** | | |  |  |  | **ODBIORCA** | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | REGIONALNE CENTRUM NAUKOWO-TECHNOLOGICZNE | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | **PUBLICZNY BANK KOMÓREK MACIERZYSTYCH** | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | PODZAMCZE 45 | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 26-060 CHĘCINY | | | | | |  |
|  | *Nazwa i adres szpitala (pieczątka)* | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Numer zestawu: ………………………………….. | | | | Data i godzina odbioru przesyłki:………………………… | | | | | Data i godzina odbioru przesyłki:………………………… | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | ***Podpis pracownika szpitala/RCNT transportującego materiał biologiczny*** | | | |  |  |  |  |  |  |
| ***Podpis pracownika Szpitala*** | | |  |  |  | ***Podpis pracownika RCNT*** | | |  |
| **Co**  **Copyright © 2014-2017, RCNT Wszelkie Prawa Zastrzeżone SOP/PS-19 ver. 1.02 Strona 1 z 1 2017-04-12**  **19D-1 List przewozowy - RCNT** | | | | | | | | | | | | | |
| **ODCINEK DLA RCNT** | | | | | | | | | | | | | |
| **NADAWCA** | | |  |  |  | **ODBIORCA** | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | REGIONALNE CENTRUM NAUKOWO-TECHNOLOGICZNE | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | **PUBLICZNY BANK KOMÓREK MACIERZYSTYCH** | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | PODZAMCZE 45 | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 26-060 CHĘCINY | | | | | |  |
|  | *Nazwa i adres szpitala (pieczątka)* | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Numer zestawu: ………………………………….. | | | | Data i godzina odbioru przesyłki:………………………… | | | | | Data i godzina odbioru przesyłki:………………………… | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Podpis pracownika Szpitala*** | | |  | ***Podpis pracownika szpitala/RCNT transportującego materiał biologiczny*** | | | |  | ***Podpis pracownika RCNT*** | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Copyright © 2014-2017, RCNT Wszelkie Prawa Zastrzeżone SOP/PS-19 ver. 1.02 Strona 1 z 1 2017-04-12** | | | | | | | | | | | | | |