

Zgłoszenie zmiany do planu badań profilaktycznych na rok kalendarzowy 2017

--

* S -

nazwa, adres, telefon, email placówki dydaktycznej

Lp	Profil, kierunek nauczania	Czas nauki zawodu	Zawód	Dane o narażeniu na czynniki szkodliwe, uciążliwe lub niebezpieczne	Liczba osób podlegających badaniom	* Przewidywane wykonanie badań lekarskich i dodatkowych badań diagnostycznych																
						Ogólnolekarskie	Laryngologiczne	Neurologiczne	Okulistyczne	Dermatologiczne	Kardiologiczne + test Harwarda	Audiometryczne	Spirometryczne	EKG	RTG	ALAT	ASPAT	Bilirubina	Cholesterol	Morf.+Rozmaz+Płytki	Retikulocyty	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	

* Wypełnia WOMP

Ogółem:

--

--

badania programował data podpis

--

badania zatwierdził data podpisu

--

ilość osób

X

--

średnia cena za
1 badanie

=

--

kwota ogółem