

**HARMONOGRAM ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**  
**Z ZAKRESU DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ – BADANIA W KIERUNKU DERMATOFITÓW**

<b>Lp.</b>	<b>Miejsce pobrania materiału do badań (jedn./kom. org. Przyjmującego zamówienie)</b>	<b>Miejsce wykonania badania (jedn./kom. org. Przyjmującego zamówienie)</b>	<b>Dni przyjęć pacjenta (rejestracja, pobranie materiału)</b>	<b>Godziny pracy</b>	<b>Uwagi (np. sposób rejestracji pacjenta, nr telefonów)</b>