

AANVRAAG VOOR BLOEDAFNAME

GEGEVENS BETROKKENE:	
<i>Naam:</i>	
<i>Geboortedatum:</i>	
<i>BSN:</i>	
<i>Adres + Woonplaats:</i>	
<u>BETROKKENE DIENT ZICH TE LEGITIMEREN.</u>	

BLOEDAFNAME TEN BEHOEVE VAN DE VOLGENDE BEPALINGEN:
 Gamma GT %CDT GAARNE BIJ PRIKKEN APARTE STOLBUIS VOOR DE %CDT-BEPALING

UITSLAG LABORATORIUMONDERZOEK DIRECT ZENDEN NAAR KEUREND PSYCHIATER/ ARTS:	
<i>Naam:</i>	de heer M. van Loenen, psychiater
<i>AGB code:</i>	03/068359
<i>Adres:</i>	Van Baerlestraat 13-A-II
<i>Postcode + plaats:</i>	1071AM Amsterdam
<i>Email:</i>	keuring@psychiatervanloenen.nl

REKENING LABORATORIUMONDERZOEK ZENDEN AAN:
<i>Betrokkene zelf, zie adres bovenaan deze pagina.</i> <i>AGB Code factuur alleen voor AtalMedial: 03/061071</i>