

# KSIAŻKA BAKTERIOLOGIA

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA ..... MC ..... CH ..... S ..... C .....	
				CA ..... MC ..... CH ..... S ..... C .....	
				CA ..... MC ..... CH ..... S ..... C .....	
				CA ..... MC ..... CH ..... S ..... C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	



Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	

Lp.	Imię i nazwisko, wiek, leczenie	Oddział, przychodnia	Rodzaj materiału	Identyfikacja/ wynik badania	Podpis
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	
				CA .....  MC .....  CH .....  S .....  C .....	