FORMULARIO DE ENTREGA Y ENVIO DE MUESTRAS BIOBANCO

				N°
PROCEDENCI	A: HOSPITAL			
FECHA:				
HORA SALIDA:]		
NOMBRE DE QUIEN ENTREGA:		- I		
NOMBRE DE QUIEN ENTREGA:				
		FIRMA:		
	4		1	
HORA RECEPCION NOMBRE DE QU	ON: IEN RECIRE:			
NOMBRE DE QU	TEN RECIBE.			
		FIRMA:		
Localización en Biobanco /hospital /ISP	ID de la muestra	Tipo de muestra	Temperatura de transporte	Forma QC completa
				