

Ист.бол./Амб.карта:

Ф.И.О.: **Иванова Иванова Иванова**Дата рождения: **11/12/1981** Пол: **Женский**Адрес: **Отправка не нужна**

Страховая компания:

Стр. полис: Серия Номер

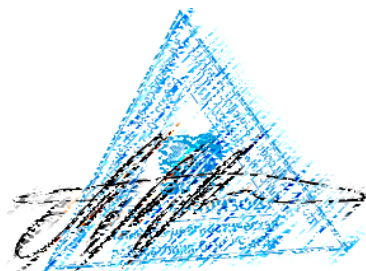
ЛПУ: **(9779) LAB4U**Отделение **3021 Медицинский центр «М»**

Ф.И.О. врача: -

Дата/время взятия материала: **29/05/2018**Дата доставки материала: **29/05/2018**Номер заказа: **977911111111**Номер образца: **977911111111****ПЦР-исследования**

Наименование теста	Результат
Образец: Кровь	
<b>Цитомегаловирус (CMV)</b>	не обнаружено
<b>Пример результата</b>	

Барбосов. В.А.

Дата выдачи: **29/05/2018**