

استمارة المشاركة

Complete the form and return it with your stool sample.
Otherwise your stool sample cannot be tested.

نقاط للانتباه:

هذه الاستمارة شخصية وتخصك أنت فقط
بيانات طبيب ضرورية حتى نرسل لك نتيجة الفحص.
لا تغير البيانات المطبوعة مسبقا
لا تلصق أي شيء على الاستمارة
استعمل قلم حبر أزرق أو أسود اللون
اكتب البيانات بالحروف الكبيرة
شارك فقط في الاختبار الذي استلمت الآن وبهذه الاستمارة

أرسل هذه الاستمارة مع العينة في الظرف المزوج

التاريخ الذي أخذت فيه العينة

رقم هاتفي

عنوان البريد الإلكتروني

@

إرسالك العينة مع هذه الاستمارة تكون بذلك قد وافقت على أن نبعث لك ولطبيبك (الأسرة) النتيجة، وأن يتم الاحتفاظ بهذه البيانات وأن يتم استعمالها (فقط) في إطار هذا الاختبار وتقييمه

حسب معلوماتنا هذه هي بيانات طبيبك

(هل البيانات ناقصة أو غير صحيحة؟ املأ أسفله البيانات الصحيحة (بحروف كبيرة)

الاسم الشخصي للطبيب (الأسرة)

الاسم العائلي للطبيب (الأسرة)

شارع الطبيب (الأسرة)

الرمز البريدي

رقم البيت:

شكرا على
مشاركتك

38719

