



## PETICIÓN DE MUESTRAS BIOLÓGICAS PARA PROCESO ASISTENCIAL

### DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos del solicitante:

Servicio/Unidad:

Centro/Institución:

Dirección postal:

Teléfono:

E-mail:

### MUESTRA BIOLÓGICA SOLICITADA

Tipo de muestra:

Nº muestras solicitadas:

En el caso de solicitar córneas, adjuntar informe clínico: Si: No:

Observaciones o comentarios adicionales necesarios para la selección de las muestras biológicas:

### DATOS PARA EL ENVÍO DE LAS MUESTRAS

Nombre y Apellidos:

Servicio/Unidad:

Institución:

Dirección postal:

Teléfono:

Correo electrónico:

Hora de envío:

#### Servicio de ambulancia:

Contacta Biobanco: Si: No:

Contacta Servicio solicitante: Si: No:

Si contacta el Servicio solicitante, Hora de recogida en Biobanco:



**BIOBANCO**  
del Área de Salud de Badajoz



Gerencia del Área de Salud de Badajoz

Observaciones:

Responsable del Biobanco del CHUB	Solicitante
Firma: .....	Firma: .....

En....., a .....de..... de 20