Лицензия № 77-01-003087

INVITRO®

ООО «Независимая лаборатория ИНВИТРО», 125047, Москва, ул. 4-я Тверская-Ямская, 16, корп. 3, тел/факс: (495) 363 0 363, www.invitro.ru

Заполнять ТОЛЬКО ПЕЧАТНЫМИ буквами

Заказчик:

Пациент:

Дата рождения: число / месяц / год Пол: муж ☐ жен ☐ Дата взятия образца: число / месяц / год Время взятия образца: час мин.

Диагноз: Номер страхового полиса:

СПЕРМОГРАММА

☐ **599**	**Исследование эякулята**

СПЕРМОГРАММА

(Заказывается одновременно с тестом 599)

☐ **596 CLD**	**Исследование эякулята + запись DVD**

MAR-тест

(исследование эякулята на наличие антиспермальных антител)

☐ **597**	**MAR-тест, IgA**
☐ **598**	**MAR-тест, IgG**

Заказчик _____/_____ **Сотрудник «ИНВИТРО»** _____/_____

(подпись) (ФИО) (подпись) (ФИО)