

ФИО

Пол:

Возраст:

ИНЗ:

Дата взятия образца:

Дата поступления образца:

Врач:

Дата печати результата:

Муж

70 лет

999999999

03.07.2023 12:58

22.07.2023 10:01

26.07.2023 18:13

07.05.2025

+7 (495) 363-0-363

М.П. / Подпись врача