

**PETICIÓN DE ESTUDIO
ANATOMOPATOLÓGICO / CITOLÓGICO**



Nombre: _____ Edad: _____
Apellidos: _____
Dr /Dra: _____
Compañía: _____
Nº Póliza: _____

Destino: CENTRO POLICLÍNICO
QUIRÚRGICO. **Palma Patología**
Dres. Terrasa-Ibarra
C/ 31 de diciembre, 12, pl-baja
Palma 07004

Muestra remitida y datos de interés:

Fecha: a ____ de _____ 20

Fdo: _____