

Mintavétel időpontja:.....

## SZÁMLAIGÉNYLŐ

**PCR vizsgálatához kapcsolódó díjfizetés  
(számla kiállítását jogi személy részére kérik)**

Vevő neve : .....

Vevő székhelye : .....

Postázási cím, ha eltér a székhelytől : .....

.....

Vevő adószáma : .....

E-mail cím: .....

***Az átutalás közlemény rovatába az alábbiakat kérjük feltüntetni:  
vizsgálatot kérő természetes személy neve + PCR + TAJ szám***

## SZÁMLAIGÉNYLŐ

**PCR vizsgálatához kapcsolódó díjfizetés  
(számla kiállítását magánszemély részére kérik)**

Név : .....

Lakcím : .....

Postázási cím : .....

Adóazonosító jel : .....

E-mail cím: .....

***Az átutalás közlemény rovatába az alábbiakat kérjük feltüntetni:  
vizsgálatot kérő természetes személy neve (amennyiben eltér a bankszámla tulajdonosától) + PCR +  
TAJ szám***

Hozzájárulok, hogy a számlázáshoz szükséges adatok a vizsgálatot végző cég számára továbbításra kerüljenek.      igen              nem

(Kérjük a választ aláhúzni)

Dátum:

aláírás