

.....				
2. Zagraniczne; jeśli tak – podać w jakim systemie i/lub organizatora:	tak		nie	

V POSIADANE CERTYFIKATY I/LUB AKREDYTACJE; OPISAĆ:

.....
.....

VI SKŁAD OSOBOWY LABORATORIUM (liczba osób zatrudnionych na pełnym etacie)

1. Specjaliści w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej: osób.
2. Specjaliści w dziedzinie genetyki klinicznej: osób.
3. Diagnostyci laboratoryjni: (wykonujący badania genetyczne) : osób.
4. Inni pracownicy: (współpracujący przy badaniach genetycznych) osób.

VIII. WSPÓŁPRACA:

1. Poradnia genetyczna:
Nazwa, adres, dane kontaktowe:.....
.....

2. Laboratorium/Zakład Patomorfologii:
Nazwa, adres, dane kontaktowe:.....
.....

3. Jednostka onkologii klinicznej / hematologii:
Nazwa, adres, dane kontaktowe:.....
.....

4. Inne:
Nazwa, adres, dane kontaktowe:.....
.....

Podpis i pieczęć osoby upoważnionej
do reprezentowania wnioskodawcy