

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України
29 травня 2013 року № 435

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____</p> <p>_____</p> <p>Код за ЄДРПОУ </p>		<p>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p>Форма первинної облікової документації</p> <p>№ 006/о</p> <p>ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p>Наказ МОЗ України</p> <p> № </p>
<p style="text-align: center;">Ж У Р Н А Л обліку збору ретроплацентарної крові</p> <p>Почато « ____ » _____ 20 ____ року</p> <p style="text-align: right;">Закінчено « ____ » _____ 20 ____ року</p>		

