

Заказчик: \_\_\_\_\_

Дата и время взятия пробы:

день	месяц	год	час	мин

## БЛАНК НА ПРОФОСМОТР

Фамилия: <input type="text"/> Имя: <input type="text"/> Отчество: <input type="text"/> Пол: <input type="checkbox"/> муж <input type="checkbox"/> жен Дата рождения: <input type="text"/> день <input type="text"/> месяц <input type="text"/> год	<div style="border: 1px solid black; padding: 20px; text-align: center;">ШТРИХ-КОД</div>
Фамилия: <input type="text"/> Имя: <input type="text"/> Отчество: <input type="text"/> Пол: <input type="checkbox"/> муж <input type="checkbox"/> жен Дата рождения: <input type="text"/> день <input type="text"/> месяц <input type="text"/> год	<div style="border: 1px solid black; padding: 20px; text-align: center;">ШТРИХ-КОД</div>
Фамилия: <input type="text"/> Имя: <input type="text"/> Отчество: <input type="text"/> Пол: <input type="checkbox"/> муж <input type="checkbox"/> жен Дата рождения: <input type="text"/> день <input type="text"/> месяц <input type="text"/> год	<div style="border: 1px solid black; padding: 20px; text-align: center;">ШТРИХ-КОД</div>
Фамилия: <input type="text"/> Имя: <input type="text"/> Отчество: <input type="text"/> Пол: <input type="checkbox"/> муж <input type="checkbox"/> жен Дата рождения: <input type="text"/> день <input type="text"/> месяц <input type="text"/> год	<div style="border: 1px solid black; padding: 20px; text-align: center;">ШТРИХ-КОД</div>
Фамилия: <input type="text"/> Имя: <input type="text"/> Отчество: <input type="text"/> Пол: <input type="checkbox"/> муж <input type="checkbox"/> жен Дата рождения: <input type="text"/> день <input type="text"/> месяц <input type="text"/> год	<div style="border: 1px solid black; padding: 20px; text-align: center;">ШТРИХ-КОД</div>
Фамилия: <input type="text"/> Имя: <input type="text"/> Отчество: <input type="text"/> Пол: <input type="checkbox"/> муж <input type="checkbox"/> жен Дата рождения: <input type="text"/> день <input type="text"/> месяц <input type="text"/> год	<div style="border: 1px solid black; padding: 20px; text-align: center;">ШТРИХ-КОД</div>
Фамилия: <input type="text"/> Имя: <input type="text"/> Отчество: <input type="text"/> Пол: <input type="checkbox"/> муж <input type="checkbox"/> жен Дата рождения: <input type="text"/> день <input type="text"/> месяц <input type="text"/> год	<div style="border: 1px solid black; padding: 20px; text-align: center;">ШТРИХ-КОД</div>
Фамилия: <input type="text"/> Имя: <input type="text"/> Отчество: <input type="text"/> Пол: <input type="checkbox"/> муж <input type="checkbox"/> жен Дата рождения: <input type="text"/> день <input type="text"/> месяц <input type="text"/> год	<div style="border: 1px solid black; padding: 20px; text-align: center;">ШТРИХ-КОД</div>

