

WYPOŻYCZENIE PREPARATÓW/BLOCZKÓW PARAFINOWYCH
Zakład Patomorfologii DCOPIH we Wrocławiu

Wrocław, dnia

Nazwisko i Imię pacjenta:

Nazwisko i Imię wypożyczającego*

.....

.....

Pesel:.....

Pesel*.....

Numer dowodu osobistego:.....

Telefon*.....

(* wypełnić w przypadku gdy wypożyczającym nie jest pacjent)

Telefon:.....

Zwracam się z prośbą o wypożyczenie preparatów/bloczków parafinowych

nr

w celu

Wypożyczam do pracowni.....

Świadomie zobowiązuję się do zwrotu wyżej wymienionego materiału wraz z wynikiem badania, w miarę możliwości w okresie 3 miesięcy. Zakład Patomorfologii przy DCOPIH nie bierze odpowiedzialności za niezwrócony wypożyczony materiał.

Preparaty/bloczki sprawdził (pieczętka i podpis lekarza)

Preparaty/bloczki wydała (podpis)

podpis wypożyczającego

.....