

WNIOSEK O WYPOŻYCZENIE BLOCZKÓW PARAFINOWYCH I/LUB PREPARATÓW HISTOPATOLOGICZNYCH / CYTOLOGICZNYCH

Nr badania

.....

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko

PESEL

Nr telefonu

Seria i nr dowodu osobistego

Adres zamieszkania

.....

RODZAJ MATERIAŁU

- Preparaty histopatologiczne szt. Bloczki parafinowe szt.
- Preparaty cytologiczne szt.

CEL WYPOŻYCZENIA

.....

DANE DO WYSYŁKI POCZTOWEJ (wypełnić jeśli materiał ma być wysłany pocztą)

Nazwa i adres placówki medycznej

.....

Imię i nazwisko lekarza kierującego

.....

Oświadczam, że w przypadku zagubienia lub uszkodzenia materiału podczas transportu lub przez podmiot leczniczy do którego materiał jest wysyłany, nie będę rościć pretensji do NZOZ Pracowni Patomorfologii Diagmed.

Oświadczam, iż zobowiązuję się do zwrotu wyżej wymienionego materiału w ciągu 3 miesięcy od wypożyczenia.

data

czytelny podpis pacjenta / wnioskodawcy

.....

Data wydania materiału

Podpis pracownika wydającego

Data zwrotu / podpis przyjmującego

.....