



1. Dane pacjenta/przedstawiciela ustawowego pacjenta

Imię.....

Nazwisko.....

Pesel.....

Nr dowodu osobistego.....

2. Dane osoby upoważnionej

Imię.....

Nazwisko.....

Nazwa i adres ośrodka konsultacyjnego/Kliniki/Oddziału*.....

Adres zamieszkania**.....

Legitymujący/-a się

(Nazwa i numer dokumentu tożsamości)**:.....

3. Przedmiot wypożyczenia*:**

- Preparat histologiczny
- Preparat cytologiczny
- Bloczek parafinowy

4. Cel wypożyczenia***

- Konsultacja
- Badania kliniczne
- Badania predykcyjne
- Inne



Upoważnienie do odbioru bloczków parafinowych i/lub preparatów histologicznych/cytologicznych

PR03_PP05_IR13
Załącznik nr 2 ; v4
Obowiązuje od:
22.11.2024
Strona 2 z 2

Podmiot upoważniony zobowiązany jest do zwrotu wypożyczonego bloczka parafinowego/preparatów histologicznych/ cytologicznych w terminie 3 miesięcy od dnia wypożyczenia wraz z postawionym rozpoznaniem patomorfologicznym

Data i podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego ***

.....

*Jeśli dotyczy

**Jeśli dotyczy

***Właściwe zakreślić