

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA BLOCZKA PARAFINOWEGO, PREPARATU
HISTOPATOLOGICZNEGO LUB PREPARATU CYTOLOGICZNEGO

Ja, niżej podpisany/a

Zamieszkały/a

Legitymujący/a się dowodem tożsamości (rodzaj i nr dokumentu)

Nr PESEL

Upoważniam

Pana/Panią

Legitymującego/cą się dowodem tożsamości (rodzaj i nr dowodu lub nr PESEL)

Nazwa

Podmiotu

do odbioru błočka parafinowego, preparatu histopatologicznego lub preparatu cytologicznego (niepotrzebne skreślić).

data

czytelny podpis upoważniającego

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA BLOCZKA PARAFINOWEGO, PREPARATU
HISTOPATOLOGICZNEGO LUB PREPARATU CYTOLOGICZNEGO

Ja, niżej podpisany/a

Zamieszkały/a

Legitymujący/a się dowodem tożsamości (rodzaj i nr dokumentu)

Nr PESEL

Upoważniam

Pana/Panią

Legitymującego/cą się dowodem tożsamości (rodzaj i nr dowodu lub nr PESEL)

Nazwa

Podmiotu

do odbioru błočka parafinowego, preparatu histopatologicznego lub preparatu cytologicznego (niepotrzebne skreślić).

data

czytelny podpis upoważniającego