

WNIOSEK O WYPOŻYCZENIE BLOCZKA PARAFINOWEGO, PREPARATU HISTOPATOLOGICZNEGO LUB PREPARATU CYTOLOGICZNEGO

DANE PACJENTA

Imię i Nazwisko: PESEL.....

Dane Wnioskodawcy:

NAZWA PODMIOTU (Oddział)

Imię i Nazwisko osoby
upoważnionej.....

Numer i seria dokumentu tożsamości/PESEL/ Nr prawa wykonywania zawodu

..... Numer telefonu
kontaktowego.....

Dane osoby odbierającej

Imię i Nazwisko: PESEL

telefon kontaktowy:

RODZAJ MATERIAŁU

1. Preparaty histopatologiczne nr szt.....

2. Błoczki parafinowe nr szt

3. Rozmazy cytologiczne nr szt

Wypożyczenie do celów:

- konsultacji
- badań molekularnych.....
- innym

Oświadczam, iż wyżej wymieniony materiał otrzymałem i zobowiązuję się do jego zwrotu niezwłocznie po ich wykorzystaniu. Oświadczam, że w przypadku zagubienia lub uszkodzenia ww. materiałów nie będę rościć pretensji do Specjalistyczne Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie.

Data wypożyczenia czytelny podpis osoby wypożyczającej.

Podpis pracownika wydającego materiał