

**WNIOSEK O WYPOŻYCZENIE BLOCzków PARAFINOWYCH I PREPARATÓW
HISTOLOGICZNYCH/CYTOLOGICZNYCH**

<input type="checkbox"/> Kopia wyniku badania nr	Szt.....
<input type="checkbox"/> Preparaty histopatologiczne w barwieniu HE nr	Szt.....
<input type="checkbox"/> Preparaty immunohistochemiczne nr	Szt.....
<input type="checkbox"/> Preparaty histochemiczne nr	Szt.....
<input type="checkbox"/> Błoczki parafinowe nrz dnia	Szt.....

Sposób odbioru:

a/ osobiście

b) pocztą na adres.....na nazwisko lekarza

Dane pacjenta

Imię i nazwisko:PESEL.....

Adres zamieszkania:

Dane przedstawiciela ustawowego/ osoby upoważnionej/ lekarza kierującego

Imię i nazwisko:

Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą.....

Adres zamieszkania (jeśli dotyczy).....

Miejsce konsultacji

Nazwa podmiotu.....

Adres.....

Cel wypożyczenia.....

Oświadczam, iż po wykonaniu badania zobowiązuję się do zwrotu błočków parafinowych wraz z wynikiem badania konsultacyjnego patomorfologicznego lub badania genetycznego.

.....
Czytelny podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego/ osoby upoważnionej

Data zwrotu

.....
Podpis pracownika SPZOZ w Działdowie