

.....

REWERS

Pieczętka placówki medycznej*

Imię nazwisko osoby wypożyczającej:
Adres:
Pesel:
Nr dowodu osobistego:
Tel:

Alab Plus Sp. z o.o.
Pracownia Patomorfologii z Pracownią Cytologii
02-981 Warszawa ul. Zawodzie 22
tel. 22 349 68 06

Proszę o wypożyczenie preparatów histopatologicznych/bloczków parafinowych.

Cel wypożyczenia:

(np. konsultacja w innym ośrodku, badania genetyczne ...)

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko:
Pesel:
Numer badania:

Ponoszę wszelką odpowiedzialność za wypożyczone preparaty i/lub bloczki parafinowe.

Zobowiązuję się do ich zwrotu, niezwłocznie po wykorzystaniu.

Oświadczam że w/w dokumentacja medyczna nie zostanie wykorzystana do badań naukowych, oraz innych opracowań bez zgody autora wyniku badania histopatologicznego.

Czytelny podpis osoby wypożyczającej i/lub pieczętka lekarza

.....

Wydano: (uzupełnia pracownia):

Data:

Numer książki:

Ilość: