

Warszawa dnia.....

Pieczętka placówki medycznej*

(W przypadku odbioru osobistego):

Imię i Nazwisko osoby wypożyczającej:

Adres:

Pesel:

Nr dowodu:

Tel:

ALAB plus Sp. z o.o.
00-739 Warszawa, ul. Stępińska 22/30
tel. 22 349 60 81 / fax 22 3496023

Proszę o wypożyczenie *preparatów histopatologicznych *bloków do konsultacji.

DANE PACJENTA:

Imię i Nazwisko: _____

PESEL: _____

Rodzaj materiału: _____

Ponoszę wszelką odpowiedzialność za wypożyczone preparaty i/ lub bloczki parafinowe.
Zobowiązuję się do ich zwrotu wraz z wynikiem konsultacji, niezwłocznie po wykorzystaniu.
Oświadczam, że w/w materiał diagnostyczny nie zostanie wykorzystany do badań naukowych, oraz innych opracowań bez zgody autora wyniku badania histopatologicznego.

*(niepotrzebne skreślić)

Czytelny podpis, oraz pieczętka lekarska:

.....

WYDANO (uzupełnia Laboratorium):

Data:

Numer księgi:

ilość:

* Bardzo proszę o zwrócenie uwagi na pieczętkę placówki medycznej, ponieważ jest ona odpowiedzialna za powierzony materiał.