

Warszawa, dnia.....

REWERS

Pieczętka placówki medycznej*

(w przypadku odbioru osobistego)*

Imię i Nazwisko osoby wypożyczającej:

Adres:

Pesel:

Nr dowodu osobistego:

Tel:

Alab Plus Sp. z o.o.
00-739 Warszawa, ul. Stępińska 22/30
tel. 22 349 60 81 / 22 349 68 37

Proszę o wypożyczenie preparatów histologicznych/bloczków parafinowych* do konsultacji.

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko:

Pesel:

Numer badania:

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 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

.....

*(niepotrzebne skreślić)

WYDANO: (uzupełnia Laboratorium):

ZWRÓCONO:

Data:

Data:

Numer książki:.....

Ilość:.....

Ilość:.....

Stan zwróconych bloczków i/lub*
preparatów.....