



Warszawa, dnia.....

Upoważnienie do odbioru bloczków parafinowych i/lub* preparatów histopatologicznych

Ja, niżej podpisana/y....., PESEL.....
imię i nazwisko

legitymująca/y się dokumentem tożsamości....., seria i numer:.....,
np. dowód osobisty/paszport

niniejszym upoważniam Pana/Panią , legitymującą/ego się
imię i nazwisko

dokumentem tożsamości....., seria i numer....., do odbioru bloczków
np. dowód osobisty/paszport

parafinowych i/lub* preparatów histopatologicznych o numerze....., wykonanych w

Pracowni Patomorfologii Alab plus. Sp. z o. o.

.....

data i czytelny podpis pacjenta