



Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej

43-360 Bystra, ul. J. Fałata 2
NIP 937 00 10 797 REGON 000640923
TELEFON +48 33 4991 801
EMAIL sekretariat@szpitalbystra.pl
WWW.szpitalbystra.pl

.....
Miejscowość, data

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU PREPARATÓW HIST -PAT

Pacjent /osoba upoważniająca/ nr PESEL: □□□□□□□□□□

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres, tel. kontaktowy

Upoważniam do odbioru preparatów hist-pat z Pracowni histopatologii Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej:

bloczki szt.

preparaty szt.

Pana/Panią /osoba upoważniona/:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres, tel. kontaktowy

.....
czytelny podpis pacjenta/osoby upoważniającej

POTWIERDZENIE ODBIORU PREPARATÓW HIST - PAT

Oświadczenie osoby upoważnionej odbierającej preparaty hist -pat

Ja niżej podpisany/a/ jako osoba upoważniona do otrzymania preparatów hist - pat oświadczam, że otrzymałem/am/ preparaty hist-pat. Potwierdzam ich odbiór w dniu

.....
data, czytelny podpis osoby upoważnionej

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA PRACOWNI HISTOPATOLOGII

Tożsamość osoby odbierającej preparaty hist - pat potwierdzam na podstawie okazania dokumentu tożsamości ze zdjęciem.

.....
data i podpis pracownika wydającego preparat