



.....
Miejscowość, data

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU/WYPOŻYCZENIA DOKUMENTACJI
PATOMORFOLOGICZNEJ**

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko.....nr PESEL: □□□□□□□□□□

Dane przedstawiciela ustawowego pacjenta:

Imię i nazwisko.....nr PESEL: □□□□□□□□□□

Dane osoby upoważnionej:

Imię i nazwisko.....nr PESEL: □□□□□□□□□□

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

bloczki parafinowe – numer/ szt.....

preparaty histo-/cytologiczne – numer /szt.....

.....
Data i czytelny podpis* pacjenta/przedstawiciela ustawowego

*zaznacz właściwe

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
Zobowiązuję się do zwrotu wypożyczonego materiału po jego wykorzystaniu.

.....
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 preparaty