

SPOSÓB ODBIORU:		
<input type="checkbox"/> OSOBIŚCIE	<input type="checkbox"/> ZA POŚREDNICTWEM OSOBY UPOWAŻNIONEJ (ZAŁĄCZYĆ UPOWAŻNIENIE)	<input type="checkbox"/> POCZTĄ (W PRZYPADKU WNIOSKUJĄCEGO PODMIOTU MEDYCZNEGO)

DANE OSOBY ODBIERAJĄCEJ:

.....
IMIĘ I NAZWISKO

.....
ADRES I MIEJSCE ZAMIESZKANIA

.....
NUMER TELEFONU

.....
NUMER I SERIA DOWODU LUB INNEGO DOKUMENTU ZE ZDJĘCIEM

DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ NALEŻY ODEBRAĆ OSOBIŚCIE LUB ZA POŚREDNICTWEM OSOBY UPOWAŻNIONEJ (PRZY ODBIORZE NALEŻY PRZEDŁOŻYĆ UPOWAŻNIENIE).

ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO OCHRONY I ODPOWIEDNIEGO PRZECHOWYWANIA OTRZYMANYCH PREPARATÓW I BLOCzków ORAZ DOKONAM ZWROTU WYŻEJ WYMIIENIONEGO WYPOŻYCZANEGO MATERIAŁU NIEZWŁOCZNIE PO WYKONANIU BADAŃ WRAZ Z WYNIKIEM KONSULTACJI, NIE PÓŹNIEJ NIŻ 3 MIESIĄCE OD DNIA WYPOŻYCZENIA.

.....
DATA I CZYTELNY PODPIS OSOBY ODBIERAJĄCEJ

WYPEŁNIA ZAKŁAD PATOMORFOLOGII

Adnotacja o zwrocie.

Zwrócono dnia:

preparaty histopatologiczne lub/i cytologicznych w liczbie:

bloczki parafinowe w liczbie:

Uwagi dot. zwracanego materiału
(brak/zniszczenie):

.....

.....

Podpis:	Data: