

Warszawa, dnia rok

WNIOSEK Nr/.....

O UDOSTĘPNIENIE BLOCZKÓW PARAFINOWYCH, PREPARATÓW HISTOPATOLOGICZNYCH I PREPARATÓW CYTOLOGICZNYCH

1. Dane Wnioskodawcy:

Imię i Nazwisko

Adres do korespondencji:

Numer i seria dokumentu tożsamości:

Numer telefonu kontaktowego:

Działając w imieniu własnym lub jako: rodzic, inny niż rodzic przedstawiciel ustawowy opiekun faktyczny osoba upoważniona przez zmarłego osoba upoważniona przez pacjenta

2. Dane pacjenta:

Imię (imiona) i Nazwisko:

Numer PESEL:

3. Wnioskuje o udostępnienie:

- BLOCZKÓW PARAFINOWYCH
- PREPARATÓW HISTOPATOLOGICZNYCH
- PREPARATÓW CYTOLOGICZNYCH

Uwagi

4. Sposób odbioru:

- osobiście
- proszę wydać osobie upoważnionej

(imię, nazwisko, numer i seria dokumentu tożsamości osoby upoważnionej)

- proszę o przesłanie na mój koszt za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w pkt 1, zgodnie z obowiązującym cennikiem Poczty Polskiej (za potwierdzeniem odbioru, na koszt odbiorcy)

5. Materiały wymienione w pkt. 3 udostępniane są:

- w celu dalszego leczenia
- w innym celu

Zobowiązuję się do zwrotu udostępnionych bloczków parafinowych, preparatów histopatologicznych i preparatów cytologicznych w przeciągu trzech miesięcy od dnia udostępnienia/wysyłki, oraz jeśli dotyczy, do pokrycia kosztów przesyłki pocztowej zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej, a także, jeśli dotyczy do przedłożenia upoważnienia dla osoby upoważnionej do odbioru materiałów.

.....
Podpis Wnioskodawcy

Oświadczam, że dane podane we wniosku są zgodne z prawdą.

.....
Podpis WnioskodawcyOsoba przyjmująca Wniosek w dniu r.,
(imię i nazwisko) podpisWniosek przekazano do Zakładu Patologii Wieku Rozwojowego w dniu r.,
..... podpis właściwie zaznaczyć