



Szpital Uniwersytecki w Krakowie
AMBULATORIA UNIWERSYTECKIE
Zakład Diagnostyki Patomorfologicznej
31-501 Kraków, ul. Grzegórzecka 16

Kraków, dnia roku

Dane osoby wnioskującej

Imię i Nazwisko: PESEL

miasto: ulica: numer:

kod pocztowy: poczta: województwo:

telefon kontaktowy:

Dane pacjenta (wypełnić w przypadku gdy inne niż powyżej)

Imię i Nazwisko: PESEL

WNIOSEK O WYPOŻYCZENIE MATERIAŁU

Odpis wyniku badania nr..... szt.:

Preparaty histopatologiczne nr..... szt.:

..... szt.:

..... szt.:

..... szt.:

Błoczki parafinowe nr..... szt.:

..... szt.:

..... szt.:

Rozmazy cytologiczne nr..... szt.:

..... szt.:

..... szt.:

W celu:

konsultacji

badań molekularnych.....

innym

za okres od: do

Oświadczam, iż wnioskowany materiał otrzymałem i zobowiązuję się do zwrotu wypożyczonych materiałów niezwłocznie po ich wykorzystaniu oraz pokrycia ewentualnych kosztów przesyłki zwrotnej.

Oświadczam, że w przypadku zagubienia ww. materiałów nie będę rościć pretensji do Szpitala Uniwersyteckiego.

.....
 Data

.....
 czytelny podpis wnioskodawcy/wypożyczającego