 **F01-SOP-ZP-04**

Zakład Patomorfologii NSSU

ul. Jakubowskiego 2, 30-688 Kraków

*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.: ………………………………… |
| Bloczki parafinowe nr………………………..………. .  …………………………………………………………. | szt.: …………………………………  szt.:…………………………………. |
| ………………………………………………………… | szt.: ………………………………… |
| Rozmazy cytologiczne nr................................................  ………………………………………………………….  ………………………………………………………….  **W celu:**   * konsultacji ………………..………………………. * badań molekularnych……….…………………….. * innym …………………………………………….. | szt.: …………………………………  szt.: …………………………………  szt.:…………………………………. |
| 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 zagubienie ww. materiałów nie będę rościć pretensji do Szpitala Uniwersyteckiego.***

…………………………………………………. ……………………………………………..

*data czytelny podpis wnioskodawcy/wypożyczającego*