

OŚWIADCZENIE

Upoważnienie do udostępnienia bloczków parafinowych, preparatów histopatologicznych i preparatów cytologicznych

Ja niżej podpisany / podpisana
 legitymujący / legitymująca się dokumentem tożsamości
 Numer seria

Upoważniam Pana / Panią:

.....
 imię i nazwisko,
 legitymującego / legitymującą się dokumentem tożsamości:

 rodzaj dokumentu / seria / numer

do udostępnienia mojego materiału (bloczki parafinowe/preparaty histopatologiczne /preparaty cytologiczne).

.....
**Data i czytelny podpis osoby upoważniającej
 do odbioru dokumentacji medycznej**

.....
 Data i czytelny podpis upoważnionego

.....
 Data i czytelny podpis osoby przyjmującej upoważnienie
 lub data, pieczęć i podpis

*niepotrzebne skreślić