



Wrocław, dnia.....

Upoważnienie do wypożyczenia bloczków parafinowych i / lub preparatów histopatologicznych

Ja, niżej podpisany/a

numer PESEL:

legitymujący/a się dowodem osobistym (seria i numer dowodu osobistego):

upoważniam:

.....
(imię i nazwisko)

numer PESEL:

legitymującego/ą się dowodem osobistym (seria i numer dowodu osobistego):

do odbioru w moim imieniu materiału wypożyczanego z Zakładu Patomorfologii i Cytologii Klinicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza - Radeckiego we Wrocławiu.

.....
data i podpis osoby upoważniającej

Jesteśmy po to, żeby leczyć, kształcić i rozwijać wiedzę medyczną