



Wrocław, dnia.....

.....
Imię i Nazwisko pacjenta

.....
PESEL pacjenta

.....
numer telefonu

**Kierownik Zakładu Patomorfologii i Cytologii Klinicznej
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu**

Wniosek o wypożyczenie bloczków parafinowych i / lub preparatów histopatologicznych

Zwracam się z prośbą o wypożyczenie materiału z badania numer:

bloczków parafinowych nr:

preparatów nr:

Cel wypożyczenia:

konsultacja:

badanie molekularne:

inne:

Osoba wnioskująca o wypożyczenie: pacjent lekarz.....

Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami udostępniania bloczków parafinowych i / lub preparatów histopatologicznych w Zakładzie Patomorfologii i Cytologii Klinicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu i zobowiązuję się do ich zwrotu w terminie do (maks. 30 dni):

.....
data i czytelny podpis pacjenta (lub osoby upoważnionej przez pacjenta)

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