

Warszawa, dnia.....

**REWERS**

Pieczętka placówki medycznej\*

(w przypadku odbioru osobistego)\*

Imię i Nazwisko osoby wypożyczającej: .....

Adres: .....

Pesel: .....

Nr dowodu: .....

Tel: .....

**Alab Plus Sp. z o.o.**  
**00-739 Warszawa, ul. Stępińska 22/30**  
**tel. 22 349 60 81 / fax 22349 60 23**

Proszę o wypożyczenie preparatów histologicznych/bloczków parafinowych\* do konsultacji.

**DANE PACJENTA:**

Imię i nazwisko: .....

Pesel: .....

Rodzaj materiału: .....

Ponoszę wszelką odpowiedzialność za wypożyczone preparaty i/lub bloczki parafinowe.  
Zobowiązuję się do ich zwrotu wraz z wynikiem konsultacji, niezwłocznie po wykorzystaniu.  
Oświadczam że w/w dokumentacja medyczne nie zostanie wykorzystana do badań naukowych, oraz innych opracowań bez zgody autora wyniku badania histopatologicznego.

Czytelny podpis i/lub\* pieczętka lekarza

.....

\*(niepotrzebne skreślić)

WYDANO: (uzupełnia Laboratorium):

ZWRÓCONO:

Data: .....

Data: .....

Numer księgi:.....

Ilość:.....

Ilość:.....

Stan zwróconych bloczków i/lub\*

Stan wypożyczonych bloczków i/lub\* preparatów.....

preparatów.....