

## REWERS

Wnioskuję o wypożyczenie *preparatów histopatologicznych/bloczków parafinowych*.  
Materiał *odbiorę osobiście/proszę wysłać na niżej podany adres*.

\*wypełnić w przypadku wysyłki

ADRES DO WYSYŁKI  
(adres Placówki Medycznej i/lub pieczętka)

.....  
.....  
.....  
.....

## DANE PACJENTA

Imię i Nazwisko: .....  
Numer PESEL: .....  
Numer Badania: .....  
Nr. Tel./E-Mail: .....

## DANE OSOBY WYPOŻYCZAJĄCEJ (\*wypełnić jeśli dane są inne niż Pacjenta)

Imię i Nazwisko: .....  
Nr. Tel./E-Mail: .....

Ponoszę wszelką odpowiedzialność za wypożyczone preparaty i/lub bloczki parafinowe.  
Przyjmuję do wiadomości, że ALAB Plus nie posiada dodatkowych egzemplarzy wypożyczonego materiału.  
Zobowiązuję się do ich zwrotu, niezwłocznie po wykorzystaniu.

Czytelny podpis osoby wypożyczającej/wnioskującej o materiał

.....

## Wydano (Uzupełnia Pracownia Patomorfologii):

Numer księgi badania .....

Liczba bloczków/preparatów .....

Data i czytelny podpis osoby wydającej materiał

.....