



WNIOSEK Nr \_\_\_\_/\_\_\_\_

**O UDOSTĘPNIENIE BLOCZKÓW PARAFINOWYCH/PREPARATÓW HISTOPATOLOGICZNYCH/  
PREPARATÓW CYTOLOGICZNYCH**

**Dane Pacjenta:**

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Numer PESEL: \_\_\_\_\_

**Ponadto, jeżeli wniosek składany jest przez Pacjenta:**

Adres miejsca zamieszkania: \_\_\_\_\_

Dane dokumentu potwierdzającego tożsamość: \_\_\_\_\_

Kontakt: \_\_\_\_\_

**Dane przedstawiciela ustawowego lub osoby upoważnionej (jeżeli dotyczy):**

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Adres miejsca zamieszkania: \_\_\_\_\_

Dane dokumentu potwierdzającego tożsamość: \_\_\_\_\_

Kontakt: \_\_\_\_\_

**Wnoszę o udostępnienie:**

bloczków parafinowych                       preparatów cytologicznych

preparatów histopatologicznych

UWAGI \_\_\_\_\_

**Sposób odbioru:**

osobiście

pocztą, za potwierdzeniem odbioru i na koszt odbiorcy na wskazany wyżej adres

**Zobowiązuję się do zwrotu udostępnionych bloczków parafinowych/preparatów histopatologicznych objętych niniejszym wnioskiem, oraz (jeżeli dotyczy), do pokrycia kosztów przesyłki pocztowej zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej.**

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis Wnioskodawcy

**INFORMACJE O REALIZACJI WNIOSKU**

Data udostępnienia: \_\_\_\_\_

Ilość bloczków/preparatów: \_\_\_\_\_ Numery bloczków/preparatów: \_\_\_\_\_

Uwagi: \_\_\_\_\_

.....  
Podpis Wnioskodawcy (jeżeli dotyczy)

.....  
podpis Pracownika Zakładu Patomorfologii

Data zwrotu: \_\_\_\_\_

.....  
podpis Pracownika Zakładu Patomorfologii