



OŚWIADCZENIE

Upoważnienie do udostępnienia bloczków parafinowych i/ lub preparatów histopatologicznych

Ja, niżej podpisany/a

PESEL:

legitymujący/a się dokumentem tożsamości:

seria i numer:

upoważniam,

Pana/Panią

PESEL:

legitymującego/ą się dokumentem tożsamości:

seria i numer:

do odbioru mojego materiału (preparaty histopatologiczne, bloczki parafinowe) 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