F - 202-011-001
Zakład Patologii Nowotworów
Gliwice, dnia …………………………

**REWERS**

Na prośbę pacjenta:
Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………………………………….………..
pesel………………………………………………………………………….., telefon……………………………………….……………….
Legitymujący/legitymująca się dokumentem tożsamości……………………………………………..…………………..
Numer……………………………………………………………….. seria…………………………………………………….….…………..

**Zwracam się z prośbą o wypożyczenie:**

🞏 preparatów histolopatologicznych (szkiełka) nr …………………………………………ilość………………….……..

🞏 bloczków parafinowych nr ………………………………………………………………………… ilość…………….……………

🞏 preparatów cytologicznych nr …………………………………………………………………….ilość………………………….

🞏 innego materiału (proszę wskazać rodzaj) …………………………………………………ilość………………………….

**Cel wypożyczenia:**
🞏 konsultacja (nazwa ośrodka konsultującego)…………………………………………………………………………………..

🞏 do badań predykcyjnych

🞏 do badań klinicznych

🞏 inny cel (proszę wskazać)…………………………………………………………………………………………………………………

**Sposób odbioru:**

🞏 Wnioskodawca osobiście (prosimy o kontakt tel. do sekretariatu 322789402/322789470)

🞏 Osoba upoważniona (proszę wypełnić upoważnienie)

🞏 Pocztą na adres w Polsce (dotyczy podmiotów leczniczych)

**Prosimy o zwrot wypożyczonych preparatów i bloczków parafinowych.
Uprzejmie prosimy o dołączenie wyniku konsultacji.**

………………………………………………………………

*Data i czytelny podpis wypożyczającego
 …………………………………………………………………………………………….*

*Data i czytelny podpis lekarza zatwierdzającego wypożyczenie*