F-202-025-002

 Zakład Patologii Nowotworów
 Gliwice, dnia …………………………

**Upoważnienie do wypożyczenia preparatów i bloczków parafinowych**

Ja niżej podpisany/podpisana………………………………………………………………………………………….………….
pesel………………………………………………………………………….., telefon………………………………………………….

Legitymujący/legitymująca się dokumentem tożsamości…………………………………………………….……..

Numer……………………………………………………………….. seria………………………………………………………….…..

**Upoważniam Panią/Pana:**

Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………………………………… pesel………………………………………………………………………….., telefon………………………………………………….

Legitymujący/legitymująca się dokumentem tożsamości………………………………………………………..

Numer……………………………………………………………….. seria…………………………………………………………..

**do wypożyczenie moich preparatów i bloczków parafinowych.**

………………………………………………………………..…………...

*Data i czytelny podpis osoby upoważniającej*

……………………………………………….………………………..…..

*Data i czytelny podpis upoważnionego*

|  |  |
| --- | --- |
|  |   |

………………………………………………………………………….

*Data i czytelny podpis osoby przyjmującej upoważnienie*