NZOZ Zdunomed Sp. z o.o.

ul. Energetyków 2 .……………………

70-656 Szczecin (miejscowość i data)

Tel. 503094316;

e-mail: pracownia@zdunomed.pl

**PROŚBA O WYPOŻYCZENIE PREPARATÓW/BLOCZKÓW HISTOPATOLOGICZNYCH**

Zwracam się z prośbą o wypożyczenie preparatów/bloczków histopatologicznych pacjenta ….…………………………………………...........; PESEL…………………………; nr badania ……………………………
w celu …………………………………………………………………………......

…………………………………………………………………………………….

Wypożyczone preparaty /bloczki zostaną przekazane ……………………….......

…………………………………………………………………………………….

Jednocześnie zobowiązuję się do zwrotu preparatów/bloczków do NZOZ Zdunomed.

……………………………....

(pieczątka i podpis lekarza)