

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres)

.....
(nazwa i nr dokumentu tożsamości)

***Upoważnienie do wypożyczenia preparatów histopatologicznych/preparatów cytologicznych/
bloków parafinowych/odpisu raportu/wyniku badania patomorfologicznego***

Ja niżej podpisana/ny*

.....

Upoważniam Panią /Pana*:

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej

legitymującą / legitymującego się*:

.....
nazwa i numer dokumentu tożsamości osoby upoważnionej

**do wypożyczenia mojego materiału (*preparatów histopatologicznych/preparatów
cytologicznych/bloków parafinowych, odpisu raportu/wyniku badania patomorfologicznego*) z
Zakładu Patomorfologii Instytutu Matki i Dziecka.**

.....
Data i czytelny podpis osoby upoważniającej
do odbioru dokumentacji medycznej

.....
Data i czytelny podpis upoważnionego

.....
Data i czytelny podpis osoby przyjmującej upoważnienie
lub data, pieczętka i podpis

*niepotrzebne skreślić