F - 202-025-001   
Zakład Patologii Nowotworów   
Gliwice, dnia …………………………

**Prośba o wypożyczenie preparatów i bloczków parafinowych**

Ja niżej podpisany/podpisana……………………………………………………………………………………………………..  
pesel………………………………………………………………………….., telefon………………………………………………….  
  
Legitymujący/legitymująca się dokumentem tożsamości………………………………………………………..  
Numer……………………………………………………………….. seria…………………………………………………………..

**Zwracam się z prośbą o wypożyczenie:**

🞏 preparatów histolopatologicznych (szkiełka) nr …………………………………………  
  
🞏 bloczków parafinowych nr …………………………………………………………………………

🞏 preparatów cytologicznych nr ……………………………………………………………………

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

**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 osoby przyjmującej prośbę o wypożyczenie.*