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*