

Poznań, dnia.....

.....
Imię i nazwisko.....
Miejsce zamieszkania.....
Telefon**WNIOSEK O WYPOŻYCZENIE MATERIAŁU Z ZAKŁADU
PATOMORFOLOGII SKPP**

Proszę o przygotowanie i wypożyczenie preparatów i bloczków parafinowych*.

Numer badania:.....

Nazwisko i imię Pacjenta :

PESEL: /...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../

Cel wypożyczenia.....

.....
(czytelny podpis)

* Niepotrzebne skreślić