HISTAMED DIAGNOSTYKA CONSILIO

Upoważnienie do udostępnienia

bloczków parafinowych i/ lub preparatów histopatologicznych

Ja, niżej podpisany/a .....

PESEL: .....

upoważniam,

Pana/Panią .....

PESEL: .....

do odbioru mojego materiału (preparaty histopatologiczne, bloczki parafinowe) z Zakładu Patomorfologii HISTAMED DC Sp. z o.o., ul. Wielicka 16, Gliwice.

Data…… Podpis……..