Histamed
Diagnostyka+
Consilio

HISTAMED DC Sp. z o.o.
44-103 Gliwice, ul. Wielicka 16
NIP: 6751739329, REGON 387608316

Sekretariat medyczny e-mail: biuro@histamed.pl
Wypożyczenia e-mail: wypozyczenia.histamed@diag.pl
Telefon (32) 230-75-18, 608 550 425

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU PREPARATÓW HISTOPATOLOGICZNYCH/ BLOCZKÓW PARAFINOWYCH

Ja niżej podpisany ....., PESEL | | | | | | | | | | |

Legitymujący się dokumentem tożsamości (seria i numer dowodu osobistego) .....

Upoważniam do odbioru preparatów histopatologicznych/ bloczków parafinowych

Pana/Panią ……....., PESEL | | | | | | | | | | |

Legitymujący się dokumentem tożsamości (seria i numer dowodu osobistego) .....

…….. Data

…… Podpis osoby upoważniającej