 **F01-SOP-ZP-04**

 Zakład Patomorfologii NSSU

ul. Jakubowskiego 2, 30-688 Kraków

 *Kraków, dnia ………………………………………………….roku*

**Dane osoby wnioskującej**

Imię i Nazwisko: ................................................................................... PESEL …………….................................

miasto: ………………………………… ulica: ……………………………………… numer: ………………….

kod pocztowy: ………………. poczta: …………………………….... województwo: ……………………….....

telefon kontaktowy: ...............................................................

**Dane pacjenta** (wypełnić w przypadku gdy inne niż powyżej)

Imię i Nazwisko: .................................................................................. PESEL………………..……....................

**WNIOSEK O WYPOŻYCZENIE MATERIAŁU**

|  |  |
| --- | --- |
| Odpis wyniku badania nr……………………………… | szt.: ………………………….........  |
| Preparaty histopatologiczne nr……………………………………………………………………………………. | szt.: …………………………………szt.:…………………………………. |
| ………………………………………………………….  | szt.: ………………………………… |
| ………………………………………………………….  | szt.: …………………………………  |
| Bloczki parafinowe nr………………………..………. .…………………………………………………………. | szt.: …………………………………szt.:………………………………….  |
| …………………………………………………………  | szt.: …………………………………  |
| Rozmazy cytologiczne nr................................................………………………………………………………….…………………………………………………………. **W celu:** * konsultacji ………………..……………………….
* badań molekularnych……….……………………..
* innym ……………………………………………..
 | szt.: ………………………………… szt.: …………………………………szt.:…………………………………. |
| za okres od: ………………….…………………………  | do …….……………………………...………………… |

***Oświadczam, iż wnioskowany materiał otrzymałem i zobowiązuję się do zwrotu wypożyczonych materiałów niezwłocznie po ich wykorzystaniu oraz pokrycia ewentualnych kosztów przesyłki zwrotnej.***

***Oświadczam, że w przypadku zagubienie ww. materiałów nie będę rościć pretensji do Szpitala Uniwersyteckiego.***

…………………………………………………. ……………………………………………..

*data czytelny podpis wnioskodawcy/wypożyczającego*