**ZAKŁAD PATOMORFOLOGII**

**UPOWAŻNIENIE**

Ja, ……………………………………………………………………………………………….….( imię i nazwisko)

Legitymująca/y się dowodem osobistym …………………………………………..(seria, nr)

Nr PESEL.: ….. …. …. ….. …. …. …. …. …. …. ….

Upoważniam Panią/Pana………………………………………………………………….( imię i nazwisko)

Legitymującya/y się dowodem osobistym ………………………………….……..(seria, nr)

Do odbioru:

* mojego wyniku badania
* bloczków parafinowych
* preparatów histopatologicznych/ cytologicznych

……………………………………………..

Czytelny podpis upoważnionego

………………………………………………..

data i czytelny podpis osoby upoważniającej