

POTWIERDZENIE ODBIORU WYNIKU BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO

Imię i nazwisko pacjenta Pesel

Odbieram wynik badania histopatologicznego

OSOBIŚCIE

Z UPOWAŻNIENIA

.....
Data i czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego/osoby upoważnionej

.....
Data i czytelny podpis osoby wydającej wynik (pracownika Grapa Medica)