

POTWIERDZENIE ODBIORU WYNIKU BADANIA CYTOLOGICZNEGO (BACC)

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)