

Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Fryderyka Chopina
KLINICZNY ZAKŁAD PATOMORFOLOGII
Podkarpackiego Centrum Chorób Płuc
35-241 Rzeszów, ul. Rycerska 2; tel. (017) 8611421 w.343, fax (017) 8611429

Rzeszów, dnia.....

.....
(imię i nazwisko)

.....
.....
(adres)

.....
(nazwa i nr dokumentu tożsamości)

UPOWAŻNIENIE DO WYPOŻYCZENIA MATERIAŁU

Upoważniam Panią / Pana
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

legitymującą się / legitymującego się

.....
(nazwa i numer dokumentu tożsamości osoby upoważnionej)

do wypożyczenia mojego materiału (bloczki/preparaty) z Klinicznego Zakładu Patomorfologii.

.....
(podpis)