**WNIOSEK O WYDANIE MATERIAŁU GENETYCZNEGO
Z BANKU PRACOWNI ONKOPATOLOGII I BIOSTRUKTURY MEDYCZNEJ ZAKŁADU PATOMORFOLOGII IPCZD**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwisko i Imię pacjenta** | **Data urodzenia** | **Osoba zlecająca** | **Miejsce wysyłki / cel pobrania** |  **Numer próbki (wypełnia ZPA)** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |  |
| **Data przygotowania i podpis osoby wydającej materiał:** | **Data i podpis osoby odbierającej materiał:** |
| .......................................................................................... | ............................................................................... |