NZOZ Zdunomed Sp. z o.o.

ul. Energetyków 2 .……………………

70-656 Szczecin (miejscowość i data)

Tel. 503094316;

e-mail: pracownia@zdunomed.pl

**PROŚBA O WYDANIE BLOCZKÓW HISTOPATOLOGICZNYCH/ MATERIAŁU HISTOPATOLOGICZNEGO**

Zwracam się z prośbą o wydanie bloczków histopatologicznych/
materiału histopatologicznego pacjenta ………………………………………….

………………………………., PESEL …………………………………………,

nr badania …………………….. w celu pochówku.

……………………………....

 (podpis pacjenta)