

**WYPOŻYCZENIE PREPARATÓW/BLOCZKÓW PARAFINOWYCH**

Wypożyczam preparaty …………………………………………………………………………………………………………….

Nr (ilość) …………………………………………………………………………………………………………………………………..

Bloki parafinowe nr (ilość) ………………………………………………………………………………………………………..

Nazwisko i imię pacjenta ……………………………………………………………………………………………………………

Adres ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Tel. wypożyczającego ………………………………………………………………………………………………………………….

**Zobowiązuję się do zwrotu preparatów po wykorzystaniu.**

Data i podpis czytelny …………………………………………………………………………………………………………………..