

AVALDUS PATOMORFOLOOGILISTE UURINGUTE VASTUSTE JA PREPARAATIDE VÄLJASTAMISEKS

Taotleja

ees- ja perekonnanimi:

isikukood:

telefon, e-post:

asutus, osakond/üksus:

aadress:

Kinnitan, et olen teadlik, et kõik väljastatud preparaadiklaasid ja parafiinplokid tuleb tagastada SA Pärnu Haigla patoloogiaüksusele.

Taotleja allkiri Kuupäev

allkirjastatud digitaalselt

Palun väljastada

.....
(ees- ja perekonnanimi)

.....
(isikukood)

Uuringu vastus

.....
(täpsustavad andmed)

Preparaadiklaasid

.....
(uuringu number, klaaside numbrid ja/või klaaside arv)

Parafiinplokid

.....
(uuringu number, plakkide numbrid ja/või plakkide arv)

Materjali võtmise kuupäev

Sihtkoht (aadress, saaja nimi, saaja telefon/e-post): Taotleja ja sihtkoha andmed on samad

Palun saata preparaadid sihtkohta / Saadan preparaadid ise sihtkohta

Väljastaja Kuupäev
(ees- ja perekonnanimi, allkiri)

Vastuvõtja Kuupäev
(ees- ja perekonnanimi, allkiri) Preparaadid edastatakse sihtkohta

Vastuvõtja dokumendi nr

Tagastamise aadress: SA Pärnu Haigla patoloogiaüksus, Ristiku 1, 80010 Pärnu, tel +372 447 3584

Preparaadid tagastatud Kuupäev
(vastuvõtja ees- ja perekonnanimi, allkiri)