



REJESTR MATERIAŁÓW POBIERANYCH I DOSTARCZANYCH DO BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO

Lp.	Data / godz. pobrania materiału	Sala operacyjna/ pracownia	Imię i nazwisko, pesel pacjenta oddział	Rodzaj materiału	Rodzaj badania	Czytelny podpis osoby zabezpieczającej materiał	Data i Czytelny podpis osoby dostarczającej materiał do Pracowni Histopatologicznej	Data i czytelny podpis osoby odbierającej materiał w Pracowni Histopatologicznej