

Дирекції ПП «МедіС»

\_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я та по-батькові заявника)

паспорт (або інший документ що посвідчує особу, передбачений ч. 1 ст. 13 Закону України «Про Єдиний державний демографічний реєстр та документи, що підтверджують громадянство України, посвідчують особу чи її спеціальний статус» від 20.11.2012р. №5492-VI.)

№ \_\_ серія \_\_\_\_\_  
ким виданий \_\_\_\_\_

дата видачі \_\_\_\_\_

адреса заявника, контактний телефон \_\_\_\_\_

## **З А Я В А**

### **про видачу препаратів**

Прошу видати мені для консультації (перегляду)

в \_\_\_\_\_  
(вказати назву медичного закладу або найменування ФОП-лікаря, які здійснюватимуть перегляд препаратів)  
препарати (скельця, парафінові блоки) з дослідження біопсійного (операційного) матеріалу за № \_\_\_\_\_

(вказати номер дослідження, що зазначений на бланку з результатом)

яке було проведене мені (або пацієнту)

\_\_\_\_\_ (вказати повне прізвище, ім'я, по-батькові пацієнта)

, законним представником якого я є) у Діагностичному центрі ПП «МедіС»

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ року.

(вказати дату проведення дослідження)

Своїм підписом у цій заяві підтверджую, що ознайомлений з «Правилами видачі гістологічних/цитологічних препаратів на консультацію», що діють в Діагностичному центрі ПП «МедіС», та зобов'язуюся дотримуватися вимог цих Правил, а також надаю згоду ПП «МедіС» на збір та обробку моїх персональних даних, що зазначені у цій заяві, з метою реалізації відносин, предмет яких вказаний у цій заяві та відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Підпис: \_\_\_\_\_

Заповнюється працівниками ДЦ МедіС!

Заяву зареєстрував\*: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(прізвище, ініціали) (підпис) (дата)

Заяву до виконання отримав\*\*\*: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(прізвище, ініціали) (підпис) (дата)

\* Заповнює працівник Реєстратури ДЦ

\*\* Заповнює працівник Патогістологічної лабораторії