

ПОПЕРЕДНЯ ЗАЯВКА

на видачу гістологічних/цитологічних препаратів

Прошу видати 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)

Надсилаючи цю попередню заявку 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».

Дата заповнення заявки _____ Прізвище, ініціали заявника _____

Примітки:

Відповідно до Правил видачі гістологічних/цитологічних препаратів на консультацію Попередня заявка не є підставою для видачі Препаратів і вимагає письмового оформлення заяви пацієнта (його законного представника) та розписки про отримання в порядку, передбаченому п. 2 Правил, безпосередньо під час отримання Препаратів.

Попередня заявка заповнюється від руки або машинописним друком і повинна бути надіслана в тілі електронного листа, або в прикріпленому до електронного листа файлі в одному із таких форматів: .doc(x), .pdf, .jpeg, на одну із таких адрес:

info@medis.com.ua; reception@medis.com.ua; pathohistology@medis.com.ua.