**OŚWIADCZENIE**

***Upoważnienie do wypożyczenia dokumentacji patomorfologicznej***

Ja, niżej podpisany/ podpisana\* …………………………………………………………………………………………………………

Legitymujący się/ legitymująca się\* dokumentem tożsamości ……………………………………………………………

Numer …………………………………………………………… Seria ……………………………………………..

**Upoważniam Pana/Panią\*:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*imię i nazwisko*

**legitymującego się/legitymującą się dokumentem tożsamości:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*rodzaj dokumentu / seria / numer*

**do wypożyczenia mojej dokumentacji patomorfologicznej.**

**…………………………………………………**

***Data i czytelny podpis osoby upoważniającej***

…………………………………………………

*Data i czytelny podpis upoważnionego*

……………………………………………………………..

*Data i czytelny podpis osoby przyjmującej upoważnienie*

*lub data, pieczątka podpis*

*\*niepotrzebne skreślić*