

MEDYCZNE LABORATORIUM DIAGNOSTYCZNE

Nazwisko i imię pacjenta:

PESEL

Oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na pobranie krwi i wykonanie badań laboratoryjnych. Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące pobierania materiału biologicznego do badań laboratoryjnych i je zrozumiałem / zrozumiałam *.

.....
data i czytelny podpis pacjenta

* *niepotrzebne skreślić*