**PISMO PRZEWODNIE**

**KATEDRA NAUK PRZEDKLINICZNYCH I CHORÓB ZAKAŹNYCH   
UNIWERSYTETU PRZYRODNICZEGO W POZNANIU  
PRACOWNIA PATOMORFOLOGII ZWIERZĄT**

NUMER ZLECENIA:

DATA PRZYJĘCIA:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| właściciel | .......................................................................... imię i nazwisko  ................................................................................. adres  ................................................................................. dane kontaktowe (telefon, e-mail) | | | |
| opis zwierzęcia | .......................................................................... gatunek, rasa  ................................................................................. płeć/status płciowy, wiek  ................................................................................. umaszczenie, oznaki  ..................................................................................  ..................................................................................  ..................................................................................  ..................................................................................  .................................................................................  .  ..................................................................................  ..................................................................................  inne | | | | opis zmiany |  | | |
| dodatkowe dane kliniczne |  | | | | | | | |
| uwagi  (np. rodzaj utrwalacza) | |  | | | | | | |
| data pobrania | |  | podpis zlecającego |  | | | podpis  płatnika |  |

Adres zleceniodawcy Miejscowość................................data........................

Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu

Katedra Nauk Przedklinicznych i Chorób Zakaźnych

**Pracownia Patomorfologii Zwierząt**

Ul. Wołyńska 35

60-637 Poznań

# ZLECENIE

Prosimy o wykonanie badania histopatologicznego tkanek zwierząt  
(podać gatunek i miejsce pobrania wycinka) ................................................................................................

w liczbie......................w celu.........................................................................................................................  
numer próbki nadany w laboratorium...........................................................................................................

**Prosimy o wystawienie faktury za wykonane badania na podanego niżej płatnika:**

Imię i nazwisko:................................................................................................................

Nazwa instytucji (lecznicy, farmy):.................................................................................

Adres:................................................................................................................................

........................................................................................................................................... ........................................................................................................................................... ........................................................................................................................................... NIP:...................................................................................................................................

Telefon kontaktowy:.........................................................................................................

Fax:....................................................................................................................................

E-mail:...............................................................................................................................

Podpis (pieczątka) zleceniodawcy