Załącznik nr 4

…………………………………….

 (Miejscowość i data)

**Wykaz personelu dokonującego oceny preparatu histopatologicznego**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Specjalizacja** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

……………………………..

 **Przyjmujący Zamówienie**

 (podpis osoby upoważnionej)