Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
Centrum Medycyny Doświadczalnej  
Ul. Rokietnicka 8  
60-806 Poznań  
(61) 854-76-49

**Protokół przyjęcia materiału biologicznego do Centrum Medycyny Doświadczalnej UMP**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj materiału** |  | |
| **Data i godzina dostarczenia** | **Data:** | **Godzina:** |
| **Nr zlecenia** |  | |
| **Jednostka zlecająca** |  | |
| **Osoba dostarczająca materiał** |  | |
| **Telefon kontaktowy** |  | |
| **Dostarczona ilość** |  | |
| **Temperatura w jakiej mają być przechowywane próbki** |  | |
| **Temperatura próbki w chwili dostarczenia** |  | |
| **Uwagi** |  | |

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym, zapoznałem/am się i akceptuję Regulamin Centrum Medycyny Doświadczalnej UMP\*.

Osoba przekazująca Osoba przyjmująca

…………………………. ………………………….  
 (podpis osoby przekazującej) (podpis osoby przyjmującej)

\*Zgodnie z Regulaminem Centrum Medycyny Doświadczalnej UMP, próbki należy odebrać w ciągu 3 miesięcy od daty zakończenia realizacji określonej na zleceniu, po tym terminie próbki będą utylizowane.