

### ZLECENIE DO DZIAŁU FOTOMEDYCZNEGO WUM

02-092 Warszawa ul. Banacha 1a (bl. E, II p., odc. C)  
tel/fax: (0 22) 658-35-05, (0 22) 599-24-87  
e-mail: fotomed@wum.edu.pl

Nr zlecenia	Data
-------------	------

Pieczęć Kliniki/Zakładu	Podpis i pieczęć Kierownika Kliniki/Zakładu
-------------------------	---

Zamawiający  Imię i nazwisko, pieczęć, telefon	Cel pracy: *NAUKA DYDAKTYKA .....	Źródło finansowania *Grant, Temat własny, Temat statutowy  Nr.:
--	--	---

FORMA PRACY:	

### ZGODA PACJENTA:

Wyrażam zgodę na dysponowanie moim wizerunkiem do celów naukowych i dydaktycznych

Imię.....

Nazwisko.....

Podpis

### UWAGI

ROZLICZENIE MATERIAŁOWE:	

KOSZT MATERIAŁOWY

<b>POKWITOWANIE ODBIORU</b>	Podpis
Data	

\*niepotrzebne skreślić