

**REGIONALNE CENTRUM KRWI DAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu**

50-345 WROCŁAW, UL. CZERWONEGO KRZYŻA 5/9

Centrala: tel.: 71 371 58 10, fax: 71 328 17 13

Sekretariat: tel.: 71 371 58 12

Dział Laboratoryjny / Pracownia Hematologiczna: tel.: 71 371 58 41

EKIPY - LISTA PRZEKAZANIA PRÓBEK KRWI DO PRACOWNI SEROLOGII GRUP KRWI DAWCÓW

w dniu:

Lp.	Nr donacji	Lp.	Nr donacji

Przekazano: próbek krwi

Data i godzina przekazania próbek

Osoba przekazująca



**REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu**

50-345 WROCŁAW, UL. CZERWONEGO KRZYŻA 5/9

Centrala: tel.: 71 371 58 10, fax: 71 328 17 13

Sekretariat: tel.: 71 371 58 12

Dział Laboratoryjny / Pracownia Hematologiczna: tel.: 71 371 58 41

**LISTA PRÓBEK KRWI PRZEKAZANYCH DO PRACOWNI SEROLOGII GRUP KRWI DAWCÓW
w dniu:**

Lp.	Numer donacji / nazwisko i imię	Osoba pobierająca próbkę	Data pobrania próbki	Osoba odbierająca próbki / godzina

Przekazano: próbek krwi

Data i godzina przekazania próbek

Osoba przekazująca



Formularz nr 1 do SOP nr 01/175/POBÓR
REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu

50-345 WROCLAW, UL. CZERWONEGO KRZYŻA 5/9

Centrala: tel.: 71 371 58 10. fax: 71 328 17 13

Sekretariat: tel.: 71 371 58 12

BLOK POBRAŃ

PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA POBRANEJ PEŁNEJ KRWI DO DZIAŁU PREPARATYKI
w dniu

Numer donacji	Uwagi

Podpis osoby przekazującej krew..... godz.

Podpis osoby wykonującej kontrolę serologiczną godz.

Podpis osoby odbierającej krew..... godz.



**REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu**

50-345 WROCŁAW, UL. CZERWONEGO KRZYŻA 5/9

Centrala: tel.: 71 371 58 10. fax: 71 328 17 13

Sekretariat: tel.: 71 371 58 12

Dział Zapewnienia Jakości

Załącznik nr 2 do SOP Nr 03/200/DZJ

PROTOKÓŁ WYJAŚNIENIA WSTRZYMANEJ DONACJI

Data wyjaśnienia:

Dotyczy:

Nr donacji:

Data donacji:

Wyjaśnienie:

.....

.....

.....

.....

Decyzja:

Zwolnienie donacji:

Zniszczenie donacji:

Data i podpis lekarza kwalifikującego dawcę do oddania krwi:

.....

Data i podpis Osoby Wykwalifikowanej:

.....



REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu
50-345 WROCŁAW, UL. CZERWONEGO KRZYŻA 5/9

Formularz nr 3 do SOP nr 03/170/REJ.



ZAŚWIADCZENIE

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa we Wrocławiu zaświadcza,

że Pan(i)
oddał(a) krew w dniu

Podstawa prawna:

RCKiK informuje, że na podstawie §12 oraz §16 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 15 maja 1996 r. w sprawie sposobu sprawowania nadzoru nad działalnością pracodawców w zakresie udzielania świadczeń o charakterze publicznym, wydanych w związku z art. 298² kodeksu pracy oraz na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 1997 r. nr 106, pozycja. 681 z późn. zm.), pracodawca jest obowiązany zwolnić od pracy pracownika będącego krwiodawcą na czas oznaczony przez stację krwiodawstwa w celu oddania krwi, a za czas zwolnienia od pracy pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia.

Zaświadczenie stanowi dowód na oddanie krwi przez w/w osobę i jest ważne tylko z pieczęcią Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa we Wrocławiu.

.....
Podpis osoby upoważnionej

DOZ



REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu
50-345 WROCLAW, UL. CZERWONEGO KRZYŻA 5/9



ZAŚWIADCZENIE

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa we Wrocławiu zaświadcza,

że Pan(i)
przeprowadził(a) zleczone badania w dniu od godz. do godz.

Podstawa prawna:

W/w przysługuje zwolnienie od pracy na czas oznaczony przez Regionalne Centrum. Za czas zwolnienia od pracy pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia ustalonego w sposób określony w przepisach (§12 oraz §16 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 15 maja 1996 r. w sprawie sposobu usprawiedliwiania nieobecności w pracy oraz udzielania pracownikom zwolnień od pracy (Dz. U. z 1996 r. nr 60, pozycja. 281) wydanego w związku z art. 298² kodeksu pracy oraz na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 1997 r. nr 106, pozycja. 681 z późn. zm.).

Zaświadczenie jest ważne tylko z pieczętką Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa we Wrocławiu.

.....
Podpis osoby upoważnionej

008



REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu
50-345 WROCLAW, UL. CZERWONEGO KRZYŻA 5/9

Formularz nr 10 do SOP nr 03/170/REJ.



Pieczęć

ZAŚWIADCZENIE

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa we Wrocławiu zaświadcza,

że Pan(i)
syn(córka) urodzony(a) dn. w
oddał(a) honorowo ml krwi,
.....
.....
.....

.....
Podpis osoby upoważnionej

209

Nr donacji

REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA IM. PROF. DR HAB. TADEUSZA DOROBISZA WE WROCŁAWIU

KWESTIONARIUSZ DLA KRWIODAWCÓW

Data

Terenowy Oddział

Wypełnia RCKiK

<input type="checkbox"/> Dawca pierwszorazowy <input type="checkbox"/> Wypełnić tylko u dawcy pierwszorazowego <input type="checkbox"/> Wypełnić tylko w przypadku zmiany	Nazwisko i imię:		PESEL:
	Data i miejsce urodzenia:*	Imię ojca: Imię matki:*	Numer dowodu tożsamości:**
	Zameldowanie na stałe** <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	Adres do korespondencji** <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	Nr telefonu** E-mail**		
Informujemy, że podane w ankiecie dane osobowe zostaną umieszczone w zbiorze danych osobowych przetwarzanych na potrzeby publicznej służby krwi. Na podstawie art. 32 Ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 r. nr 133 poz. 883) przysługuje Panu/Pani prawo do uzyskania informacji dotyczących zbioru danych osobowych oraz kontroli w zakresie przetwarzania danych osobowych.			

Uprzejmie prosimy, aby w przypadku zmiany miejsca zamieszkania (adresu), zawiadomić o tej zmianie Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w miejscu oddania.

Informacja o chorobach zakaźnych dla krwiodawców. O czym musisz wiedzieć przed oddaniem krwi.

Twoja krew zostanie zbadana, aby stwierdzić, czy nie jesteś zakażony kiłą, AIDS (HIV), żółtaczką zakaźną B lub C. Jeżeli test wypadnie dodatnio, nie zostanie przetoczona. Jednak przy każdej infekcji pomiędzy momentem zakażenia i chwilą, gdy staje się możliwe wykrycie jej drogą badań laboratoryjnych, upływa pewien czas. W tym okresie w żadnym przypadku **nie wolno oddawać krwi**, ponieważ może ona być źródłem zakażenia, chociaż testy laboratoryjne są jeszcze ujemne. Nie oddawaj krwi przy ryzyku zakażenia HIV lub żółtaczkę zakaźną B lub C, **a ryzyko stwarzają:**

1. Kontakty seksualne z nieznanym partnerem/partnerką lub którego znasz od niedawna.
2. Kontakty seksualne z wieloma partnerami/partnerkami.
3. Wcześniej lub aktualnie stosowane narkotyki w postaci zastrzyków.
4. Kontakty seksualne z osobami stosującymi narkotyki w postaci zastrzyków.
5. Kontakty seksualne w celu zarobkowym.
6. Kontakty seksualne z osobami, u których testy w kierunku AIDS (HIV), kiły lub żółtaczki zakaźnej B lub C wypadły dodatnio.
7. Nadużywanie alkoholu, stosowanie substancji psychoaktywnych.

Zdajemy sobie sprawę, że zadając te pytania wkraczamy w Twoją sferę prywatną. Jednak niewielkie ryzyko przeniesienia zakażenia drogą krwi można zmniejszyć jedynie wtedy, gdy będąc dawcą dokładnie przemyślisz opisane tu sytuacje i uczciwie odpowiesz na postawione pytania. Twoje dane będą traktowane poufnie. Przy pozytywnych wynikach badań (wskazujących na zakażenie) zostaniesz wezwany pocztą lub telefonicznie i poinformowany przez lekarza.

Informujemy, że w trosce o bezpieczeństwo pacjenta, można oddaną krew lub jej składniki wycofać informując lekarza RCKiK (osobiście, telefonicznie lub poprzez e-mail) lub wrzucając po oddaniu do wyznaczonych skrzynek wypełniony formularz znajdujący się obok skrzynki.

WYPEŁNIA KRWIODAWCA / KANDYDAT NA KRWIODAWCĘ

Uprzejmie prosimy wypełniać osobiście, długopisem. Dziękujemy za współpracę.

1. a) Czy przeczytał/a i zrozumiał/a Pan/Pani znajdującą się na poprzedniej stronie "Informację o chorobach zakaźnych dla krwiodawców" ?
- b) Czy był/a Pan/Pani narażony na ryzyko zakażenia w ciągu ostatnich 6 miesięcy (patrz informacja) ?
2. a) Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/Pani żółtaczkę zakaźną (WZW)? Jeżeli tak, kiedy ?
- b) Czy kiedykolwiek badania w kierunku żółtaczk B (WZW B) lub żółtaczk C (WZW C) wypadły u Pana/Pani dodatnio ?
3. Czy Pana/Pani partner życiowy lub seksualny w ciągu ostatnich 6 miesięcy przechodził żółtaczkę ?
4. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/Pani kontakt z zakaźnie chorym ? (w tym kontakt w warunkach domowych z chorym lub nosicielem żółtaczk, z osobą HIV-dodatnią)

5. Czy już oddawał/a Pan/Pani krew ? Jeżeli tak, to w którym roku ostatnio ?
6. Czy czuje się Pan/Pani obecnie zdrowy/a ?
7. Czy w ciągu ostatnich 7 dni miał/a Pan/Pani jakieś zabiegi stomatologiczne ?
8. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni chorował/a Pan/Pani lub pozostawał/a pod opieką lekarza albo miał/a gorączkę powyżej 38°C lub biegunkę?
9. a) Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przyjmował/a Pan/Pani lekarstwa (tabletki, zastrzyki, czopki) ?
Jeżeli tak, to jakie ?
- b) Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy zażywane były leki przeciw: przerostowi prostaty, np. Proscar®, trądzikowi, np. Roaccutan®, łysieniu, np. Propecia®. Jeżeli tak to jakie?.....
- c) Czy w ciągu ostatnich 5 dni przyjmował/a Pan/Pani piroxicam (Felden), aspirynę (kwas acetylosalicylowy) lub jakkolwiek lek, którego składnikiem jest aspiryna ?
- d) Czy kiedykolwiek stosował/a Pan/Pani leki domięśniowe lub dożylnie nie przepisane przez lekarza ?
10. Czy w ciągu ostatnich 2 miesięcy był/a Pan/i ukłuty/a przez kleszcza ?
11. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przechodził/a Pan/Pani szczepienia ?
Jeżeli tak, jakie i kiedy?
12. Czy kiedykolwiek był Pan/Pani szczepiony/a przeciwko WZW typu B?
13. Czy zauważył/a Pan/Pani u siebie następujące objawy: a) nieuzasadniony spadek ciężaru ciała,
b) nieuzasadnioną gorączkę, c) powiększenie węzłów chłonnych ?
14. Czy choruje Pan/Pani bądź chorował/a na jedno z niżej wymienionych schorzeń, ewentualnie odczuwał/a niżej wymienione dolegliwości ?
- a) choroby układu krążenia (nadciśnienie), dolegliwości ze strony serca, zawał serca, duszność, udar mózgu, nawracające omdlenia, gorączka reumatyczna
Jeżeli tak, kiedy ?
- b) choroby skóry, łuszczyca, wypryski/wysypka, uczulenia, katar sienny, astma
Jeżeli tak, kiedy ?
- c) cukrzyca, choroby krwi, przedłużone krwawienia, choroby naczyń krwionośnych, choroby przewodu pokarmowego, choroby płuc, choroby nerek, choroby nerwowe, padaczka, nowotwór, gruźlica, kiła, rzeżączka, mononukleozą zakaźną, toksoplazmoza, brucelozą, borelioza, choroby tarczycy, zapalenie szpiku, choroby psychiczne, choroby układowe (np.kolagenozy), choroby wątroby
Jeżeli tak, kiedy ?
15. Czy leczył się Pan/Pani w szpitalu? Jeżeli tak, kiedy i z jakiego powodu?
16. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi chorował/a Pan/Pani ciężko albo przebył/a: zabieg operacyjny, wypadek, szcicie chirurgiczne ?
Jeżeli tak, kiedy ?
17. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w areszcie lub więzieniu ?
18. Czy kiedykolwiek zalecono Panu/Pani rezygnację z oddawania krwi ?
19. Czy przebywa Pan/Pani na rencie chorobowej ? Jeżeli tak, to z jakiego powodu ?
20. Czy stosuje Pan/Pani dietę wegetariańską lub odchudzającą ?
21. Czy nadużywa Pan/Pani alkoholu lub stosuje środki psychoaktywne ?
22. Czy wykonuje Pan/Pani niebezpieczną pracę lub ma niebezpieczne hobby ?

**Właściwie
zakreślić**

Tak Nie

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

TAK NIE

23. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywano u Pana/Pani:
 tatuaż, akupunkturę, depilację kosmetyczną, przekucie uszu lub innych części ciała, biopsję,
 makijaż permanentny-trwały, liposukcję, zabieg endoskopowy, gastroskopię, kolonoskopię,
 rektoskopię, artroskopię, laparoskopię, bronchoskopię, cystoskopię, inne badanie diagnostyczne ?
 Jeżeli tak, kiedy ?
24. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub od czasu ostatniego oddania krwi miał(a) Pan/Pani przypadkowy kontakt z krwią ludzką lub narzędziami zanieczyszczonymi ludzką krwią ?
25. Czy brał/a Pan/Pani udział w rytuale „braterstwa krwi” ?
26. Czy kiedykolwiek otrzymywał/a Pan/Pani transfuzję krwi lub jej składników ?
 Jeżeli tak, to jakie, kiedy i gdzie (w Polsce czy za granicą) ?
27. Czy kiedykolwiek otrzymywał/a Pan/Pani produkty z osocza np. czynniki krzepnięcia, immunoglobuliny ?
28. Czy w okresie od 1 stycznia 1980 roku do 31 grudnia 1996 roku przebywał(a) Pan/Pani łącznie przez 6 miesięcy lub dłużej w Wielkiej Brytanii (Anglii, Walii, Szkocji, Irlandii Płn., Wyspach Normandzkich, Wyspie Man, Falklandach, Gibraltarze), Francji, Irlandii lub kiedykolwiek przeszedł Pan/Pani w wymienionych krajach operację?
29. Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani biorcą przeszczepu (np. rogówki, opony twardej lub innych tkanek) ?
 Jeżeli tak, kiedy ?
30. Czy kiedykolwiek otrzymywał/a Pan/Pani hormon wzrostu ?
31. Czy ktokolwiek z Pana/Pani rodziny cierpiał na chorobę Creutzfelda - Jacoba (gąbczaste zwyrodnienie mózgu) lub demencję (wczesne lub szybko postępujące otępienie)?
32. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywał/a Pan/Pani poza granicami Polski ?
 Jeżeli tak, to gdzie
33. Czy mieszkał/a Pan/Pani lub przebywał/a czasowo na terenach endemicznego występowania malarii lub innych chorób tropikalnych ?
34. Czy chorował/a Pan/Pani na: malarię lub inne choroby tropikalne ? Jeżeli tak, kiedy i jakie ?
35. Czy chorował Pan/Pani na Gorączkę Zachodniego Nilu, gorączkę Q lub inne riketsjozy ?

TYLKO DLA KOBIET

36. Czy jest Pani obecnie w ciąży lub była Pani w ciąży w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub od czasu ostatniej donacji krwi ? Jeżeli tak, proszę podać datę porodu:
37. Data ostatniej miesiączki (pierwszy dzień)
38. Czy w latach 1965 - 1985 otrzymywała Pani zastrzyki hormonów w celu leczenia niepłodności ?

Oświadczenie krwiodawcy

Wyrażam zgodę na zabieg pobrania: krwi pełnej osocza metodą plazmaferezy automatycznej płytek krwi metodą trombaferozy automatycznej leukocytów metodą leukaferozy automatycznej erytroferozy automatycznej oraz pobieranie i przechowywanie próbek krwi, a także wykorzystanie krwi w celach naukowych i diagnostycznych.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o rodzaju i istocie zabiegu, jego częstotliwości, ewentualnych, możliwych powikłaniach, rodzaju badań, jakie zostaną przeprowadzone z mojej krwi oraz o tym, że w przypadku nieprawidłowych wyników moje dane zostaną umieszczone w rejestrze dawców zdyskwalifikowanych oraz zostaną o tym fakcie powiadomione odpowiednie instytucje (sanepid, inne placówki służby krwi).

W przypadku wystąpienia w ciągu 48 godzin od zakończenia donacji jakichkolwiek objawów chorobowych zobowiązuję się do telefonicznego poinformowania lekarza w krwiodawstwie.

Potwierdzam, że w zgodzie z moim sumieniem i posiadaną wiedzą podane wyżej informacje o przebytych chorobach i obecnym stanie zdrowia są prawdziwe i dokładne. **Uważam, że moja krew nadaje się do celów leczniczych.**

Wiem, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na oddanie krwi.

Wyrażam zgodę, aby zgodnie z art. 2 i 19 Ustawy o publicznej służbie krwi z dnia 22 sierpnia 1999 r. (Dz. U. nr 106, poz. 68 z późn. zmianami) pobrana ode mnie krew i jej składniki zostały wydane: do podmiotów leczniczych z przeznaczeniem na cele kliniczne; do wytwórni farmaceutycznych jako surowiec do wytwarzania leków.

Wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych w zbiorze danych osobowych publicznej służby krwi, ich przetwarzanie oraz kontaktowanie się ze mną drogą telefoniczną i elektroniczną.

Jestem świadomy/a, że na podstawie Art. 32 Ustawy o ochronie danych osobowych (dz.U. z 1997 r. Nr 133, poz.886) przysługuje mi prawo do uzyskania informacji dotyczących danych osobowych oraz kontroli w zakresie ich przetwarzania.

W razie otrzymania zawiadomienia o konieczności odbioru wyników badań zobowiązuję się do niezwłocznego zgłoszenia się do Centrum Krwiodawstwa. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że jeżeli pomimo czterokrotnego zawiadomienia wyniki nie zostaną przeze mnie odebrane, Centrum Krwiodawstwa nie ponosi odpowiedzialności za konsekwencje wynikłe z tego faktu.

Informacja o aktualnej sytuacji epidemiologicznej dostępna jest w gabinecie lekarskim, rejestracji, tablicy ogłoszeń i na stronie internetowej.

Mapa endemicznego występowania malarii dostępna jest na tablicy ogłoszeń, w gabinecie lekarskim i na stronie internetowej.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że podany przeze mnie adres jest aktualnym adresem, pod który RCKiK we Wrocławiu może przesłać korespondencję związaną z ewentualnymi nieprawidłowymi wynikami badań wykonywanych po oddaniu przeze mnie krwi.

Jednocześnie zobowiązuję pisemnie poinformować:

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa we Wrocławiu, ul. Czerwonego Krzyża 5-9, 50-345 Wrocław w terminie 3 dni, o zmianie adresu, jeżeli zmiana adresu nastąpi w ciągu 3 miesięcy od ostatniego oddania krwi.

Imię i nazwisko Data urodzenia Pesel.....

Data..... Podpis krwiodawcy

KWALIFIKACJA DAWCY / KANDYDATA NA DAWCĘ WYPEŁNIA LEKARZ

Uwagi dotyczące stanu zdrowia:

KWALIFIKACJA / DYSKWALIFIKACJA Kwalifikuje się do oddania krwi lub jej składników

TAK

NIE

.....
Rodzaj donacji

.....
Powód dyskwalifikacji

Dyskwalifikacja czasowa do dnia

Dyskwalifikacja stała*

.....
Przyjąłem do wiadomości
Podpis krwiodawcy

.....
Data, pieczętka i podpis lekarza

* podkreślić

Data

.....
Pieczętka i podpis osoby weryfikującej kwestionariusz

Adnotacje:

DM

Formularz nr 6 do SOP nr 03/170/REJ.



**REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu**

50-345 WROCŁAW, UL. CZERWONEGO KRZYŻA 5/9

Centrala: tel.: 71 371 58 10. fax: 71 328 17 13

Sekretariat: tel.: 71 371 58 12

**POTWIERDZENIE ZGŁOSZENIA SIĘ
W REGIONALNYM CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
WE WROCŁAWIU**

Pan(i)

zamieszkały(a)

Do wypłaty

Wrocław, dn. podpis



REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu
50-345 WROCŁAW, UL. CZERWONEGO KRZYŻA 5/9



ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że Pan(i)
oddat(a)
dla chorego
do

Zaświadczenie jest ważne tylko z pieczętką
Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa we Wrocławiu.

Wrocław, dn.
.....
Podpis osoby upoważnionej

D12



Formularz nr 1 do SOP nr 05/170/REJ.

REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu
50-345 WROCLAW, UL. CZERWONEGO KRZYŻA 5/9

ZLECENIE BADAŃ LABORATORYJNYCH

.....
data

.....
nazwisko i imię

.....
podpis osoby pobierającej

D13

D14

RCKiK Wrocław Formularz nr 2 do SOP nr 04/170/REJ.

ZLECENIE

DH

Data

Numer donacji

Pobrać