



**Regionalne Centrum Krwiodawstwa
i Krwiolecznictwa**

62-800 Kalisz, ul. Kaszubska 9
Tel. centrala 0-62 76 79 400
Tel. sekretariat 0-62 76 79 415
e-mail: sekretariat@krwiodawstwo.kalisz.pl
www.krwiodawstwo.kalisz.pl

WERSJA

03

STRONA

1 z 1

Data
obowiązująca
01.01.2020r.

Nr dokumentu
F 3 /IS1/ PJ 1-B

**Nazwa dokumentu:
Formularz**

Tytuł:

Zgłoszenie zorganizowania akcji honorowego oddawania krwi

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kaliszu zwraca się z prośbą do organizatorów akcji honorowego oddawania krwi, o wypełnienie formularza i przesłanie do 15 dnia miesiąca poprzedzającego planowaną akcję, do Sekcji ds. Promowania Honorowego Krwiodawstwa RCKiK na adres: 62-800 Kalisz, ul. Kaszubska 9; przesłanie faksem: (062) 7673889 lub e-mailem: promocja@krwiodawstwo.kalisz.pl

Termin akcji krwiodawstwa		Orientacyjna liczba dawców	
Godziny rejestracji dawców		Od:	Do:
Miejsce akcji krwiodawstwa (dokładny adres wraz z kodem pocztowym)			
Czy akcja jest organizowana w w/w po raz pierwszy?		Tak []	Nie []
Forma przeprowadzenia akcji		Stacjonarna []	Ambulans []
Organizator zapewnia			
Wypełnić w przypadku akcji stacjonarnych:		Wypełnić w przypadku akcji w ambulansie:	
Ilość [] i rodzaj pomieszczeń: sala gimnast. [], aula [], klasa [], sala parafialna [], sala OSP [] inne (jakie?) [].....	Tak [] Nie []	Miejsce parkingowe dla autobusu (dł. 12,5 m, szer. 3 m, wysokość 4 m, ciężar 19 ton, promień zawracania 24 m)	Tak [] Nie []
Wymiary pomieszczenia/pomieszczeń: długość:..... szerokość:..... wysokość:.....		W przypadku niekorzystnych warunków atmosferycznych, pomieszczenie dla dawców oczekujących na oddanie krwi	Tak [] Nie []
Dostęp do prądu (ilość gniazdek elektrycznych szt.)	Tak [] Nie []	Dostęp do toalety z wodą bieżącą	Tak [] Nie []
Możliwość otwierania okien	Tak [] Nie []	Gdzie?	
Klimatyzacja	Tak [] Nie []		
Dobre oświetlenie	Tak [] Nie []		
Miejsce do badań lekarskich, zapewniające prywatność dawcom	Tak [] Nie []	Bezpieczne i swobodne przemieszczanie się dawców	Tak [] Nie []
Stoły (.....szt.) i krzesła (.....szt.)	Tak [] Nie []	Zabezpieczenie dogodnego wjazdu i wyjazdu dla autobusu zgodnie z zasadami ruchu drogowego	Tak [] Nie []
Bezpieczne i swobodne przemieszczanie się dawców	Tak [] Nie []	Dostęp do źródła prądu (220,380 V)	Tak [] Nie []
Dostęp do toalety z wodą bieżącą	Tak [] Nie []	Zabezpieczenie 25 (32) A w układzie 3-fazowym	Tak [] Nie []
Możliwość dogodnego wjazdu i wyjazdu dla samochodu RCKiK i zaparkowania blisko drzwi wejściowych do budynku	Tak [] Nie []	Stolik i krzesła (.....szt.)	Tak [] Nie []
Czy w miejscu akcji jest dostęp do internetu Stały [] bezprzewodowy []?		Tak [] Nie []	
Czy organizator wyraża zgodę na dostęp do internetu?		Tak [] Nie []	
Zgoda osoby zarządzającej instytucją/miejscem parkingowym (pieczętka i podpis)			
Dane organizatora (imię i nazwisko, tel. kontaktowy, adres do korespondencji, e-mail)			
Data i podpis organizatora			
Uwagi organizatora			
Data i podpis pracownika RCKiK przyjmującego zgłoszenie			
Akceptacja zgłoszenia akcji: Tak [] Nie [] (data i podpis pracownika RCKiK)			
Uwagi pracownika RCKiK			