

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kaliszu		
Numer wersji 01	SOP-RK/TO-PR-02	Strona 1 z 1
Załącznik: 13	Wersja załącznika: 01	Data: (02-04-2024)

data

pieczęć

ZAŚWIADCZENIE

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kaliszu ul. Kaszubska 9
zaświadcza, że Członkowie Zakładu Klubu HDK przy

.....
.....

oddali.....ml krwi w dniu.....

.....
pieczętka i podpis

Pieczęć		
Numer wersji 01	SOP-RK/TO-PR-02	Strona 1 z 1
Załącznik: 14	Wersja załącznika: 01	Data: (02-04-2024)

data

Pieczęć placówki

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kaliszu składa serdeczne
podziękowania Panu/Pani.....
za oddanie w dniu.....450 ml krwi.

Z wyrazami szacunku