

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kaliszu		
Nr wersji: 01	SOP-RK/OT-PR-01	Strona zař. 1 z 1
Załącznik nr: 3	Wersja zař. nr: 1	Data: (02-04-2024)

**Oświadczenie dawcy/kandydata na dawcę**

.....  
Imię i nazwisko\*

.....  
PESEL\*

.....  
numer donacji

**Czy uważasz, że Twoja krew nadaje się do celów leczniczych?**

**TAK**  **NIE**

.....  
Podpis dawcy krwi lub kandydata na dawcę krwi

\*dane wymagane