Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach	FORMULARZ	SOP – HLA – 20/F - 04
	KARTA ZGŁOSZENIA HONOROWEGO DAWCY SZPIKU	Numer dokumentu związanego: SOP – HLA 20
		Data obowiązywania: 01.06.2013r
		Wersja 2
		Strona 1 z 2

Nr Dawcy Szpiku

…….

miejsce poboru próbki

(Wypełnić drukowanymi literama)

*Potencjalny Daca Szpiku może zgłosić się tylko do jednego rejestru.

NAZWISKO I IMIĘ																									
NAZWISKO PANIEŃSKIE																									
DATA I MIEJSCE URODZENIA	D	D		M	M		R	R	R	R		MIEJSCE URODZENIA													
PESEL																									
IMIONA RODZICÓW																									
ADRES ZAMIESZKANIA	ULICA,NR DOMU,NR MIESZKANIA																								
			-				KOD POCZTOWY				MIEJSCOWOŚĆ														
	WOJEWÓDZTWO																								
TELEFON	KOM.										PRACA														
	DOM																								
E-MAIL																									
DRUGI ADRES KONTAKTOWY (RODZINA, PRZYJACIELE)	NAZWISKO I IMIĘ																								
	ULICA,NR DOMU,NR MIESZKANIA																								
			-				KOD POCZTOWY				MIEJSCOWOŚĆ														
	TELEFON KONTAKTOWY																								
(wypełnia lekarz)	…. …. …. …. ….																								

Data, pieczątka i podpis lekarza ….