|  |  |
| --- | --- |
| **RCKiK w Radomiu** | **WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA**  **O ILOŚCI ODDANEJ KRWI** |

1. **Wniosek wydany\*:**
2. w celu złożenia w Polskim Czerwonym Krzyżu (PCK) – złożenie wniosku o przyznanie tytułu i odznaki ,,*Zasłużony Honorowy Dawca Krwi III / II / I stopnia*”;
3. w celu złożenia w Miejskim Zarządzie Dróg i Komunikacji w Radomiu – ubieganie się o prawo do bezpłatnych przejazdów autobusami komunikacji miejskiej w Radomiu;
4. w celach informacyjnych;
5. w celu złożenia w Narodowym Centrum Krwi – złożenie wniosku o nadanie odznaki i legitymacji ,,*Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu*”.

\**zakreślić właściwe*

1. **Dane dawcy:**

…………………………………………………………………………………………………

**Imię i nazwisko dawcy**

(prosimy wypełnić drukowanymi literami)

................................................................................................................................................................

Jeśli nastąpiła zmiana nazwiska, prosimy o podanie nazwiska używanego w okresie oddawania krwi

**PESEL** ......................................................................................................................................

Adres do korespondencji..........................................................................................................

...................................................................................................................................................

**Numer telefonu**............................................................................................................................

Uwagi............................................................................................................................................

1. **Informacje:**
2. Czas realizacji złożonego wniosku – 7 dni.
3. W przypadku wystąpienia trudności z realizacją Wniosku (konieczność weryfikacji danych w Archiwum RCKiK w Radomiu) termin realizacji zostanie umówiony z dawcą indywidualnie drogą telefoniczną.

…………………………………..……. …………………………………….

Data i podpis osoby składającej wniosek Potwierdzenie przyjęcia wniosku przez pracownika Dz.D.i P.

1. **Wyliczenia ilości oddanej krwi:**

Podpis pracownika Rejestracji: ………………………………………………………………

1. **Zatwierdzenie Wniosku:**

**LITRAŻ ZGODNY W WYLICZENIEM / LITRAŻ NIEZGODNY** – proszę o weryfikację! \*

\**podkreślić właściwe*

Podpis kierownika Działu Dawców i Pobierania / koordynatora Rejestracji:…………………