



DANE OSOBOWE DAWCY KRWI / KANDYDATA NA DAWCĘ KRWI*

DZIAŁ KRWIODAWCÓW / ODDZIAŁ TERENOWY / EKIPA WYJAZDOWA*

* *niepotrzebne skreślić*

Zaznaczyć właściwe: kobieta / mężczyzna dawca pierwszorazowy / wielokrotny

WYPEŁNIA KRWIODAWCA (wypełnić drukowanymi literami)	nazwisko		imię	
	data i miejsce urodzenia		nazwisko rodowe	
	adres zameldowania		imię ojca	imię matki
	adres korespondencyjny		adres pobytu	
	PESEL	e-mail		telefon

WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY na powiadamianie SMS-em.

Uprzejmie prosimy, aby w przypadku zmiany miejsca zamieszkania (adresu), zawiadomić o tej zmianie Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Katowicach - adres: 40-074 Katowice, ul. Raciborska 15, telefon 32 208 73 77, 32 208 73 80.

Informujemy, że podane w ankiecie dane osobowe zostaną umieszczone w zbiorze danych osobowych, przetwarzanych na potrzeby publicznej służby krwi. Na podstawie art. 32 Ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 r. nr 133, poz. 883) przysługuje Panu(i) prawo do uzyskania informacji dotyczących zbioru danych osobowych oraz kontroli w zakresie przetwarzania danych osobowych.

Potwierdzam, że zapoznałem(am) się z powyższą informacją.

Data Podpis krwiodawcy

Załącznik nr 2 E IV z dnia 30.11.2015 do SOP 02/DK/01; F-DK-100/1