

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/-y _____
zamieszkała/-y _____
niniejszym oświadczam, że na czas zabiegu pobrania krwi lub jej składników i obserwacji po donacji powierzam opiekę nad małoletnią/iim/-imi _____

Pani/-u _____
Legitymującej/-emu się dowodem osobistym nr _____
W razie wystąpienia jakichkolwiek niepożądaných zdarzeń związanych z donacją, które uniemożliwiają sprawowanie opieki nad małoletnią/-imi/-imi, sprawujący opiekę zobowiązany jest do powiadomienia _____

Nr tel.: _____

PODPIS KRWIODAWCY

POWYŻSZE OBOWIĄZKI PRZYJMUJE