

**FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH  
DO KARTY IDENTYFIKACYJNEJ GRUPY KRWI**

Imiona pacjenta

Nazwisko pacjenta

PESEL \*1)  Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Imię ojca

Imię matki

Telefon kontaktowy

\*1) *W przypadku osób nieposiadających numeru PESEL nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.*

**UWAGA!**

Karta identyfikacyjna Grupy Krwi jest ważna tylko łącznie z dokumentem tożsamości.

*Potwierdzam prawidłowość danych osobowych zawartych w formularzu.  
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.*

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego