Załączniki do rozporządzenia z dnia …………… 2018 r. (poz. …)

**Załącznik nr 1**

**Załącznik nr 4**

*WZÓR*

**KARTA GRUPY KRWI**

Strona 1

|  |  |
| --- | --- |
| Karta grupy krwi/Blood type form | |
| Nazwa albo firma podmiotu leczniczego/Name of medical entity | Logotyp (opcjonalnie/Logotype optional) |
| Imiona i nazwisko/First, second name, surname | Zdjęcie opcjonalnie/Photo optional |
| Data i miejsce urodzenia/Date and place of birth |
| Numer PESEL/ID\* |

\* W przypadku obcokrajowców numer dokumentu tożsamości i numer identyfikacyjny

( For foreigners: identification and passport numbers)

Strona 2

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pracowni immunologii transfuzjologicznej/ Name of laboratory | |
| Grupa krwi/Blood group/type | |
| Uwagi/Comments | |
| Daty/numery badań  Dates /blood grouping number |  |
|  |
| Data/numer wpisu  Date/entry number | *Oznaczenie osoby uprawnionej do dokonania wpisu zawierające imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu*  *Data of person entitled to entry ;first name, surname, professional title, specialization, license to practice* |