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 badańDates /blood grouping number  |  |
|  |
| Data/numer wpisuDate/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* |