

2A

S-1

1-1

AG

Kościan, dn.

**DO PUNKTU KRWIODAWSTWA
w KOŚCIANIE**

Kieruję p.
jako krwiodawcę rodzinnego w celu pobrania krwi w związku z prze-
bywającym(a) na leczeniu na Oddz
pacj.

2A

S-1

2-1

AG

I	II	III	IV	V					
Dodatki									
.....									
.....									
.....									
Pielęgniarka oddziału podpis					Sprawdzono - kancelaria podpis				

**SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ**
w Kościanie
Oddział Wewnętrzny
64-000 KOŚCIAN, ul. Szpitalna 7
tel. 65 000 15 92 / 03 1 100 30 70 / 12 16
REGON 1411051995
Sąd okręgowy w Poznaniu
KRS 000036027
301 000 83 - 003

Data

2A 1-1 1-2 AC

Krwiodawca powinien mieć:

Dowód osobisty

Legitymację ubezpieczeniową

Legitymację krwiodawcy (jeżeli posiada)

Rejestracja od godz. 8.00—9.00

czynne poniedziałek wtorek piątek

2A 1-5 2-2 176

Oddział

Zapotrzebowanie żywnościowe

na dzień

Uwagi

Nazwisko i imię

Data	Godz.	FHR	Podpis

3-1

Indywidualna Karta Zleceń Lekarskich

Izba Przyjęć Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kościanie

Imię i nazwisko

ZLECENIE	Podpis zlecającego	Data	wiek

4-1

