



# KRAJOWY BANK DAWCÓW SZPIKU

PORADNIA DAWCÓW SZPIKU  
DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM TRANSPLANTCJI KOMÓRKOWYCH  
Z KRAJOWYM BANKIEM DAWCÓW SZPIKU  
ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław  
tel. 71 79 11 999; tel. 71 78 313 77; fax 71 79 11 995

<http://www.dawcy-szpiku.pl>

e-mail: bank@dctk.wroc.pl

## ZGŁOSZENIE NA POTENCJALNEGO DAWCĘ SZPIKU / KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH KRWI OBWODOWEJ

**Imię i nazwisko:\***

**Data urodzenia:**

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

**Miejsce ur:**

**Adres:\***

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ulica/jeśli nie ma ulicy miejscowość		nr domu	nr mieszkania

  

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
kod pocztowy	miejscowość	województwo

**Tel.:\***  **Tel. kom.:\***  **E-mail:\***

**Gr. krwi:**  **PESEL:**

**Dodatkowy adres kontaktowy:\***  
(rodzina, przyjaciele)

Potwierdzam gotowość ochotniczego dawstwa szpiku / komórek krwiotwórczych krwi obwodowej.

TAK

NIE

Wyrażam zgodę na ochotnicze dawstwo płytek krwi.

TAK

NIE

Zostałam(em) poinformowana(y), że wstępne zakwalifikowanie wiąże się pobraniem ok. 9 ml krwi celem wytypowania specyficzności HLA metodą serologiczną lub genetyczną, na co wyrażam zgodę. Wyrażam zgodę na pobranie krwi z następową izolacją kwasu nukleinowego, co jest podstawą typowania HLA. Rozumiem, że pobrany materiał biologiczny, zawiera materiał genetyczny (DNA, RNA). Wyrażam zgodę na wykonanie innych badań genetycznych spoza specyficzności układu HLA, które mają lub mogą mieć znaczenie dla najlepszego z możliwych doboru z biorcą przeszczepu.

TAK

NIE

Wyrażam zgodę na użycie w układzie anonimowym zebranych danych, stanowiących podstawę doboru biorcy przeszczepu do odpowiedniego dawcy, do zbiorczych podsumowań i badań naukowych służących postępowi w transplantologii.

TAK

NIE

Wyrażam zgodę na przechowywanie i wykorzystanie pozostałości pobranego materiału oraz wyników typowania antygenów zgodności tkankowej do prac badawczo-wdrożeniowych i naukowych. Wyniki tych badań mogą być użyte do opracowania optymalnych zasad dobierania dawców szpiku.

TAK

NIE

Data .....

Podpis dawcy.....

\* Uprzejmie prosimy, aby w przypadku zmiany danych osobowych i teleadresowych, zawiadomić o tej zmianie DCTK z KBDSz we Wrocławiu, tel. 71 79 119 99, e-mail: bank@dctk.wroc.pl

Załącznik nr 1KBDSz, wersja 2



# KRAJOWY BANK DAWCÓW SZPIKU

PORADNIA DAWCÓW SZPIKU  
DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM TRANSPLANTCJI KOMÓRKOWYCH  
Z KRAJOWYM BANKIEM DAWCÓW SZPIKU  
ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław  
tel. 71 79 11 999; tel. 71 78 313 77; fax 71 79 11 995

<http://www.dawcy-szpiku.pl>

e-mail: bank@dctk.wroc.pl

## Informacja o chorobach zakaźnych dla potencjalnych dawców szpiku / komórek krwiotwórczych krwi obwodowej

Dawcą szpiku nie może być osoba zakażona bakterią kiły, wirusem HIV oraz wirusem żółtaczk zakaźnej typu B lub C. Jeżeli zostanie potwierdzona u Pana/Pani chociaż jedna z wyżej wymienionych infekcji, należy niezwłocznie poinformować nas o tym, ponieważ w takiej sytuacji nie będzie Pan/Pani mógł zostać zakwalifikowany jako dawca szpiku. Jednocześnie trzeba pamiętać, że przy każdej infekcji, od momentu zakażenia do chwili, gdy staje się możliwe wykrycie jej drogą badań laboratoryjnych, upływa pewien czas. W tym okresie, w żadnym wypadku nie wolno oddawać krwi/materiału przeszczepowego, ponieważ mogą być one źródłem zakażenia, chociaż testy laboratoryjne są jeszcze ujemne. **Nie oddawaj zatem krwi/materiału przeszczepowego, jeżeli przez ryzykowne zachowania mógł/a Pan/Pani narazić się na niebezpieczeństwo zainfekowania.**

### Ryzyko stwarzają:

1. kontakty seksualne z wieloma partnerami/partnerkami albo z partnerem/partnerką, których zna Pan/Pani od niedawna.
2. kontakty seksualne w celu zarobkowym.
3. wcześniej lub aktualnie stosowane narkotyki w postaci zastrzyków.
4. kontakty seksualne z osobami narażonymi na ryzyko zgodnie z punktami 1 – 3 albo z osobami, u których testy w kierunku bakterii kiły lub wirusa HIV, żółtaczk zakaźnej typu B lub C wypadły dodatnio.

Zdajemy sobie sprawę, że zadając te pytania wkraczamy w Pana/Pani sferę prywatną, jakkolwiek nawet niewielkie już ryzyko przeniesienia infekcji poprzez krew/ materiał przeszczepowy można jeszcze zmniejszyć jedynie wtedy, gdy będąc dawcą, dokładnie przemyśli Pan/Pani opisane tu sytuacje i skrupulatnie odpowie na postawione pytania. Jednocześnie chcemy podkreślić, że zebrane w poniższej ankiecie dane będą traktowane w pełni poufnie.

*Dziękujemy za współpracę.*

## ANKIETA POTENCJALNEGO DAWCY SZPIKU / KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH KRWI OBWODOWEJ

	Tak	Nie
1. Czy przeczytał/a Pan/Pani i zrozumiał/a Pan/Pani znajdującą się powyżej „Informację o chorobach zakaźnych dla potencjalnych dawców szpiku / komórek krwiotwórczych krwi obwodowej”?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy był/a Pan/Pani narażony/a na ryzyko zakażenia w ciągu ostatnich 6 miesięcy (patrz informacja)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy już oddawał/a Pan/Pani krew? Jeżeli tak, to proszę podać datę (może być tylko miesiąc/rok).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czy czuje się Pan/Pani obecnie zdrowy/a ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy w ciągu ostatnich 7 dni przechodził/a Pan/Pani jakieś zabiegi stomatologiczne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni chorował/a Pan/Pani lub pozostawał/a pod opieką lekarza albo miał/a gorączkę powyżej 38°C lub biegunkę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przyjmował/a Pan/Pani leki (tabletki, zastrzyki, czopki)? Jeśli tak, to jakie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy zażywane były leki przeciw: przerostowi prostaty np. Proscar®, trądzikowi, np. Roaccutan®, łysieniu, np. Propecia®. Jeżeli tak to jakie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Czy w ciągu ostatnich 5 dni przyjmował/a Pan/Pani piroxicam (Felden), aspirynę lub jakikolwiek inny lek, którego składnikiem jest aspiryna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Czy kiedykolwiek stosował/a Pan/Pani leki domięśniowo lub dożylnie <b>nie przepisane</b> przez lekarza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Czy w ciągu ostatnich 2 miesięcy był/a Pan/i ukłuty/a przez kleszcza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przechodził/a Pan/Pani szczepienia? Jeśli tak jakie i kiedy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# KRAJOWY BANK DAWCÓW SZPIKU

PORADNIA DAWCÓW SZPIKU  
DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM TRANSPLANTCJI KOMÓRKOWYCH  
Z KRAJOWYM BANKIEM DAWCÓW SZPIKU  
ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław  
tel. 71 79 11 999; tel. 71 78 313 77; fax 71 79 11 995

<http://www.dawcy-szpiku.pl>

e-mail: bank@dctk.wroc.pl

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Tak                      | Nie                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Czy zauważył/a Pan/Pani u siebie następujące objawy:<br>a) <input type="checkbox"/> nieuzasadniony spadek ciężaru ciała, b) <input type="checkbox"/> nieuzasadnioną gorączkę, c) <input type="checkbox"/> powiększenie węzłów chłonnych ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Czy choruje bądź chorował/a Pan/Pani bądź chorował/a na jedno z niżej wymienionych schorzeń, ewentualnie odczuwa lub odczuwał/a niżej wymienione dolegliwości ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a) <input type="checkbox"/> choroby układu krążenia (nadciśnienie), <input type="checkbox"/> dolegliwości ze strony serca, <input type="checkbox"/> zawał serca, <input type="checkbox"/> duszność, <input type="checkbox"/> udar mózgu, <input type="checkbox"/> nawracające omdlenia, <input type="checkbox"/> gorączka reumatyczna. Jeśli tak, jakie i kiedy, czy są leczone.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                          |
| b) <input type="checkbox"/> choroby skóry, <input type="checkbox"/> wypryski /wysypka, <input type="checkbox"/> uczulenie, <input type="checkbox"/> katar sienny, <input type="checkbox"/> astma, <input type="checkbox"/> łuszczyca<br>Jeśli tak, jakie i kiedy, czy są leczone.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                          |
| c) <input type="checkbox"/> cukrzyca, <input type="checkbox"/> choroby krwi, <input type="checkbox"/> przedłużone krwawienia, <input type="checkbox"/> choroby naczyń krwionośnych, <input type="checkbox"/> choroby nerek, <input type="checkbox"/> choroby przewodu pokarmowego, <input type="checkbox"/> choroby płuc, <input type="checkbox"/> choroby nerwowe, <input type="checkbox"/> padaczka, <input type="checkbox"/> nowotwór, <input type="checkbox"/> gruźlica, <input type="checkbox"/> mononukleozę zakaźną, <input type="checkbox"/> toksoplazmoza, <input type="checkbox"/> kiła, <input type="checkbox"/> rzeżączka, <input type="checkbox"/> brucelloza, <input type="checkbox"/> choroby tarczycy, <input type="checkbox"/> borelioza, <input type="checkbox"/> zapalenie szpiku, <input type="checkbox"/> choroby psychiczne, <input type="checkbox"/> choroby układowe (np. kolagenozy).<br>Jeśli tak, jakie i kiedy, czy są leczone.....<br>..... |                          |                          |
| 12. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy chorował/a Pan/Pani ciężko albo przebył/a poważny zabieg operacyjny, wypadek, szczie chirurgiczne? Jeśli tak, jakie i kiedy<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Czy kiedykolwiek otrzymał/a Pan/Pani transfuzję krwi ?<br>Jeśli tak, kiedy, ile razy i jakie .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Czy kiedykolwiek otrzymał/a Pan/Pani produkty z osocza np. czynniki krzepnięcia, immunoglobuliny?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Czy leczył się Pan/i w szpitalu? Jeśli tak, kiedy i z jakiego powodu.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani biorcą przeszczepu (np. rogówki lub innych tkanek) ?<br>Jeśli tak, kiedy i jakich ? .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Czy kiedykolwiek otrzymał/a Pan/Pani hormon wzrostu ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Czy ktokolwiek z Pana(Pani) rodziny cierpi lub cierpiał na chorobę Creutsfeldta-Jakoba (gąbczaste zwyrodnienie mózgu) lub demencję ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Czy mieszkał/a Pan/Pani lub przebywał/a czasowo na terenach endemicznego występowania malarii lub chorób tropikalnych?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Czy chorował/a Pan/Pani na: <input type="checkbox"/> gorączkę zachodniego Nilu, <input type="checkbox"/> gorączkę Q, <input type="checkbox"/> malarię, <input type="checkbox"/> inne choroby tropikalne?<br>Jeżeli tak, kiedy i jakie?.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Czy Pan/Pani w okresie od 1 stycznia 1980 roku do 31 grudnia 1996 roku przebywał/a łącznie przez okres 6 miesięcy lub dłużej w Wielkiej Brytanii, Francji lub Irlandii lub kiedykolwiek przeszedł Pan/i w wymienionych krajach operację?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywano u Pana/Pani:<br><input type="checkbox"/> depilację kosmetyczną, <input type="checkbox"/> przekłucie uszu i innych części ciała, <input type="checkbox"/> makijaż permanentny-trwały, <input type="checkbox"/> liposukcję, <input type="checkbox"/> tatuaż, <input type="checkbox"/> akupunkturę, <input type="checkbox"/> zabieg endoskopowy, <input type="checkbox"/> gastroscopię, <input type="checkbox"/> biopsję, <input type="checkbox"/> rektoskopię, <input type="checkbox"/> kolonoskopię, <input type="checkbox"/> artroskopię, <input type="checkbox"/> laparoskopię, <input type="checkbox"/> bronchoskopię, <input type="checkbox"/> inne badania diagnostyczne ?<br>Jeżeli tak, kiedy?.....                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/Pani przypadkowy kontakt z krwią osoby niespokrewnionej lub narzędziami zanieczyszczonymi krwią? (nie dot. pracowników służby zdrowia, studentów kierunków medycznych)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/Pani żółtaczkę ? Jeżeli tak, kiedy i jaki typ żółtaczki<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a) Czy kiedykolwiek badania w kierunku żółtaczki B (WZW B) lub żółtaczki C (WZW C) wypadły u Pana/i dodatnio?<br>Jeżeli tak, kiedy i jaki typ żółtaczki.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



# KRAJOWY BANK DAWCÓW SZPIKU

PORADNIA DAWCÓW SZPIKU  
DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM TRANSPLANTCJI KOMÓRKOWYCH  
Z KRAJOWYM BANKIEM DAWCÓW SZPIKU  
ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław  
tel. 71 79 11 999; tel. 71 78 313 77; fax 71 79 11 995

<http://www.dawcy-szpiku.pl>

e-mail: bank@dctk.wroc.pl

- |                                                                                                                                                             | <b>Tak</b>               | <b>Nie</b>               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 25. Czy Pana/Pani partner życiowy lub seksualny w ciągu ostatnich 6 miesięcy przechodził żółtaczkę?                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/Pani kontakt z zakaźnie chorym? (za wyjątkiem chorób wieku dziecięcego, infekcji górnych dróg oddechowych) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał/a Pan/Pani w areszcie lub więzieniu?                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Czy kiedykolwiek zalecono Panu(Pani) rezygnację z oddawania krwi?<br>Jeśli tak, podać przyczynę. ....                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Czy stosuje Pan/Pani dietę wegetariańską lub odchudzającą?                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Czy przebywa Pan/Pani na rencie chorobowej?<br>Jeśli tak, to kiedy z jakiego powodu?.....                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Czy wykonuje Pan/Pani niebezpieczną pracę lub ma Pan/Pani niebezpieczne hobby?                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Czy był/a Pan/Pani szczepiony przeciwko żółtaczce typu B (WZW B)? Jeśli tak proszę podać liczbę dawek .....                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Informacje dodatkowe: waga .....kg      wzrost ..... Cm                                                                                                 |                          |                          |

## TYLKO DLA KOBIET

- |                                                                                                                                     |                          |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 32. Czy jest Pani obecnie w ciąży lub była Pani w ciąży w ciągu ostatnich 12 miesięcy?<br>Jeżeli tak, proszę podać datę porodu..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Czy była Pani w ciąży? Jeżeli tak, proszę podać liczbę ciąż/liczbę porodów ...../.....                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Czy Pani miesiączkuje? Jeżeli tak, to kiedy ostatnio.....                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Czy w latach 1965-1985 otrzymywała Pani zastrzyki hormonów, w celu leczenia niepłodności?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Oświadczam, że zgodnie z moim sumieniem i posiadaną wiedzą podane wyżej dane osobowe i teleadresowe oraz informacje o przebytych chorobach i obecnym stanie zdrowia są prawdziwe i dokładne. Jednocześnie zobowiązuję się do uaktualniania danych w razie ich zmiany.

Imię i nazwisko dawcy..... Data urodzenia.....

Data..... Podpis dawcy.....

## DLA LEKARZA KWALIFIKUJĄCEGO

ZAKWALIFIKOWANO

DYSKWALIFIKACJA CZASOWA/TRWAŁA\*

\* niewłaściwe skreślić

Powód: .....

.....

Data.....

Podpis i pieczęć lekarza.....



# KRAJOWY BANK DAWCÓW SZPIKU

PORADNIA DAWCÓW SZPIKU  
DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM TRANSPLANTCJI KOMÓRKOWYCH  
Z KRAJOWYM BANKIEM DAWCÓW SZPIKU  
ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław  
tel. 71 79 11 999; tel. 71 78 313 77; fax 71 79 11 995

<http://www.dawcy-szpiku.pl>

e-mail: bank@dctk.wroc.pl

## OŚWIADCZENIE

Potwierdzam niniejszym swoje zgłoszenie do Krajowego Banku Dawców Szpiku i podtrzymuję swoją wolę bycia Honorowym Dawcą Szpiku. Zostałem(am) poinformowany(a) o uwarunkowaniach doboru dawcy i biorcy przeszczepu, potrzebie zgłoszenia się do Laboratorium Krajowego Banku w przypadku wytypowania mnie jako kandydata dawstwa szpiku dla określonej potrzebującej osoby. Zdaje sobie sprawę z niedogodności i możliwego ryzyka związanego z doбором i dawstwem szpiku oraz z obowiązujących zasad dobrowolności, anonimowości i nieodpłatności dawstwa. Zostałem(am) poinformowany o istniejącej możliwości pobrania szpiku kostnego drogą operacyjną lub nieoperacyjnie z wykorzystaniem urządzeń do separacji komórek krwiotwórczych z krwi po uprzednim ich zmobilizowaniu do krwi, z zastosowaniem podanego podskórnie czynnika wzrostowego. Zapoznałem(am) się z załączonymi dokumentami opisującymi zasady i procedury związane z dawstwem szpiku.

Zgodnie z art. 7 Ustawy o Ochronie Danych Osobowych z dnia 29.08.1997 Dz.U. 2002 Nr 101 poz. 926, wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych w systemie informatycznym DCTK z KBDSz w ramach jego statutowej działalności i obowiązujących przepisów.

Wyrażam jednocześnie zgodę na udostępnienie moich danych:

- osobowych (zawartych w „Zgłoszeniu na potencjalnego dawcę szpiku/komórek krwiotwórczych krwi obwodowej”) i medycznych (wyników typowania specyficzności HLA) Centralnemu Rejestrowi Niespokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej „Poltransplant”, Aleje Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa,
- w formie anonimowej na witrynie internetowej Światowej Bazy Dawców Szpiku Kostnego (Bone Marrow Donors Worldwide).

Miejscowość ..... Data .....

Czytelny podpis dawcy .....