

SZANOWNY PACJENCIE

Uprzejmie prosimy o uzupełnienie danych potrzebnych do rejestracji w poradniach Dolnośląskiego Centrum Transplantacji Komórkowych z Krajowym Bankiem Dawców Szpiku. Informujemy, że wszystkie podane informacje są niezbędne do uzyskania świadczeń medycznych i są objęte ustawą o ochronie danych osobowych

IMIĘ I NAZWISKO

NUMER PESEL

ADRES (miejscowość, ulica, kod pocztowy, gmina, dzielnica)

.....

TELEFON KONTAKTOWY

UBEZPIECZENIE (seria i numer legitymacji ubezpieczeniowej, numer odcinka renty lub emerytury, numer legitymacji studenckiej)

.....

Narodowy Fundusz Zdrowia

BARDZO DZIĘKUJEMY