

## 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