

.....
Nazwisko i imię

.....
Adres

.....
Tel.kontaktowy

.....
pesel lub data urodzenia

ZGODA NA POBRANIE KRWI

Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie badań w kierunku HIV.

.....
Miejscowość data podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

.....
Data godzina czytelny podpis pobierającej materiał