

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Rzeszowie		
Nr wersji 01	SOP-DDP-PR-17	Strona 1 z 1
Załącznik nr 2	Wersja zał. nr 1	Data: 08-08-2024

Karta zgłoszenia zapotrzebowania koncentratu granulocytarnego

**Pieczęć jednostki
zamawiającej:**

Imię i nazwisko biorcy KG:

PESEL biorcy KG:

Grupa krwi biorcy KG: UWAGA! Dokument należy dołączyć do dokumentacji!

Waga biorcy:

Rozpoznanie:

**Wskazanie do przetoczenia
KG:**

Lekarz zamawiający:

**Adres mailowy i nr telefonu
do kontaktu:**

Kandydaci na dawców KG:
