



PIECZĄTKA

. dnia

ZLECENIE NA TRANSPORT KRWI I/LUB JEJ SKŁADNIKÓW

Rodzaj transportu ☐wewnętrzny ☐zewewnętrzny

☐ PILNE ☐CITO ☐NA SYGNALE

Proszę o transport krwi i/lub jej składnika dla
imię i nazwisko pacjenta

w dniu godz.

Z Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Poznaniu ul. Marcelińska 44,
60-354 Poznań

Lekarz zlecający

.....
Pieczęć i podpis