

| Wniosek o nadanie odznaki Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu¹⁾ | | |
|--|--|--|
| 1. | Imię (imiona): | |
| 2. | Nazwisko: | |
| 3. | Nr PESEL (w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – seria, numer oraz rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość): | |
| 4. | Adres zamieszkania: | |
| 5. | Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania): | |
| 6. | Objętość oddanej krwi lub równoważnych ilości jej składników (w przeliczeniu na krew pełną) ²⁾ : | |
| 7. | <p>.....</p> <p>Podpis dawcy krwi / w przypadku wniosku składanego w formie dokumentu elektronicznego – kwalifikowany podpis elektroniczny dawcy krwi (w zakresie prawdziwości danych osobowych i wyrażenia zgody na wnioskowanie o odznaczenie)</p> | 8. <p>.....</p> <p>Oznaczenie i podpis upoważnionego pracownika centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa / w przypadku wniosku składanego w formie dokumentu elektronicznego – oznaczenie centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa</p> |
| 9. | Data, nazwa i adres wnioskodawcy, w tym podpis osoby uprawnionej do jego reprezentacji / w przypadku wniosku składanego w formie dokumentu elektronicznego – oznaczenie wnioskodawcy | |

¹⁾ Należy wypełnić pola od 1 do 9.

²⁾ Wypełnia się na podstawie danych, o których mowa w § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie legitymacji i odznaki „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”.

| | | |
|-----|-------------------------------|--|
| 10. | Data i numer nadania odznaki: | |
| 11. | Uwagi: | |
| | | |