

**ZARZĄDZENIE WEWNĘTRZNE nr 18/2020**  
**DYREKTORA**  
**Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Szczecinie**  
**z dnia 21.08.2020**  
w sprawie

wartości kalorycznej posiłku regeneracyjnego przysługującego dawcom krwi oraz dawcom oddającym krew lub jej składniki do autotransfuzji na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 listopada 2004 r. (Dz.U.z 2004, Nr 261, poz.2602) w sprawie wartości kalorycznej posiłku regeneracyjnego przysługującego dawcy krwi zarządzam, co następuje:

§1

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 listopada 2004 r. (Dz.U.z 2004, Nr 261, poz.2602), wprowadzam posiłek regeneracyjny dla honorowych dawców, którzy oddali krew lub jej składniki,

§2

Wymieniony w załączonym wykazie posiłek regeneracyjny przysługuje dawcom, którzy oddali krew lub jej składniki w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Szczecinie, lub w Terenowych Oddziałach RCKiK w Szczecinie, oraz podczas Ekipowego Poboru Krwi organizowanego przez RCKiK w Szczecinie.

§3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 01.09.2020r.

**DYREKTOR**  
REGIONALNEGO CENTRUM  
KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA  
w Szczecinie  
*Ewa Kłosińska*  
lek. Ewa Kłosińska  
Specj. Transfuzjologii Klinicznej



3. Zwrot przysługuje za przejazd z miejsca zamieszkania i z powrotem.
4. Zwrot kosztów obejmuje najkrótszą trasę z miejsca zamieszkania.
5. Uzyskanie zwrotu kosztów przejazdu jest możliwe na podstawie wniosku dawcy o zwrot kosztów przejazdu do najbliższej jopsk (wzór stanowi załącznik nr 1).
6. Wysokość zwrotu kosztów przejazdu ustalana jest na podstawie przedłożonego przez dawcę biletu komunikacji publicznej (miejskiej, PKS, II klasa PKP, BUS).
7. W przypadku braku możliwości udokumentowania kosztów przejazdu środkami komunikacji publicznej (PKS, II klasa PKP, BUS) dawca składa pisemne oświadczenie o dokonaniu wydatków w przyczynach braku jego udokumentowania (wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 1).

Zwrot kosztów przejazdu w jedną stronę wynosi:

- do 30 km – 6 zł,
- do 50 km – 10 zł,
- do 80 km – 16 zł,
- do 100 km – 20 zł,
- do 130 km – 26 zł,
- do 150 km – 30 zł.

Do powyższego zastosowano stawkę przeliczeniową 0,2 zł za km.

8. W przypadku braku możliwości udokumentowania kosztów przejazdu środkami komunikacji publicznej dawcy przysługuje ryczałt, w wysokości 20 % diety, co stanowi obecnie 6 zł, wypłacany na podstawie wniosku (wzór wniosku stanowi załącznik nr 1).
9. Dopuszcza się dokonanie zwrotu kosztów przejazdu innymi środkami transportu na podstawie pisemnego wniosku dawcy (wzór stanowi załącznik nr 2) i decyzji Dyrektora RCKiK w Szczecinie lub upoważnionych osób, w szczególności w sytuacjach:
  - gdy dawca ma utrudniony dojazd środkami wymienionymi w pkt. 6 do najbliższego jopsk;
  - gdy dawca nie może oddać krwi lub jej składników w godzinach i dniach, które obowiązują w najbliższym jopsk (oddział terenowy, ekipa wyjazdowa) oraz
  - w wyjątkowych, uzasadnionych medycznie, przypadkach związanych z pilnym zapotrzebowaniem na krew lub jej składniki na ratunek życia.
10. W przypadkach, o których mowa w pkt. 9, dopuszcza się zwrot kosztów przejazdu własnym pojazdem w wysokości stanowiącej iloczyn przejechanych kilometrów razy stawka za jeden kilometr przebiegu tj. 0,3 zł.

**ZAŁĄCZNIK****WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW PRZEJAZDU DO  
JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ PUBLICZNEJ SŁUŻBY  
KRWI W PRZYPADKU POSIADANIA BILETU / ZAGUBIENIA  
BILETU / WYPŁACENIE RYCZAŁTU**

Numer 01

do SOP-P-FK-42

Wersja 01

Data dopuszczenia: 29.12.2017r

Strona 1 z 1

**Nr Donacji (kod kreskowy)****Nazwisko i imię dawcy:** .....**Adres zamieszkania dawcy:** .....

1. Proszę o zwrot kosztów za bilety przejazdu do najbliższej jopsk: do RCKiK w Szczecinie\* / Oddziału Terenowego\* / ekipy wyjazdowej\* w ....., w wysokości .....,
- załączam następujące bilety (PKS, II klasy PKP, BUS, komunikacji miejskiej)\* .....
2. Oświadczam, że nie posiadam biletu (PKS, II klasy PKP, BUS, komunikacji miejskiej)\* ponieważ .....
- ..... i
- oświadczam, że odległość od miejsca mojego zamieszkania do najbliższej jopsk: do RCKiK w Szczecinie\* / Oddziału Terenowego\* / ekipy wyjazdowej\*, wynosi ..... km.
3. W związku z brakiem możliwości udokumentowania kosztów przejazdu środkami komunikacji miejskiej, proszę o wypłacenie ryczałtu w wysokości **6,00 zł** (sześć zł).

Data:

Podpis:

**Kwotę .....zł Otrzymałem/am**

Data:

Czytelny Podpis (nazwisko i imię):