



RCKiK GDAŃSK

FORMULARZ DLA ORGANIZATORA WYJAZDOWEJ AKCJI POBORU KRWI

OBOWIĄZUJE OD
01/04/2017r.

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Gdańsku zwraca się z prośbą do Organizatora akcji krwiodawstwa o wypełnienie formularza w celu usprawnienia obustronnej współpracy. Wypełniony kwestionariusz prosimy dostarczyć lub przesać do Sekcji Promocji RCKiK przynajmniej 30 dni przed planowaną akcją- mailowo: promocja@krew.gda.pl bądź faksem pod nr tel. 58 520 40 40

INFORMACJE DOTYCZĄCE MOBILNEJ AKCJI POBORU KRWI

Proponowany termin akcji krwiodawstwa:		Przewidywana liczba dawców	
Rodzaj akcji*	Ambulans []	Stacjonarna []	
Miejsce akcji (dokładny adres)			
Godziny rejestracji dawców	OD:	DO:	
Czy akcja organizowana jest w w/w miejscu pierwszy raz? *	Tak []	Nie []	
Czy na akcji będą pobierane próbki od potencjalnych dawców szpiku? *	Tak []	Nie []	
Docelowe usytuowanie ambulansu (informacje dla kierowcy)			

INFORMACJE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA

Imię i nazwisko :			
Dane kontaktowe: (nr telefonu oraz email)			
Czy organizator będzie obecny podczas akcji? *	Tak []	Nie []	
Jeśli odpowiedź brzmi "Nie" proszę podać imię i nazwisko oraz nr telefonu osoby do kontaktu podczas odbywanej akcji poboru krwi			
Zgoda osoby zarządzającej terenem, na którym odbywa się akcja poboru krwi (pieczętka i podpis) * jeśli postój wymaga zgody ZDiZ proszę dołączyć pismo zawierające taką zgodę			

ORGANIZATOR ZAPEWNI:

Akcja ambulansowa:			
Miejsce parkingowe z dogodnym dojazdem dla ambulansu (wymiary autobusu: dł 13m, szer.2,5m, wys.3,8 m lub dł.12,2 m, szer.2,5m, wys. 3,7 m) *		[]	
Dostęp do toalet dla pracowników RCKiK *		[]	
Dostęp do prądu 230V *		[]	
W przypadku niekorzystnych warunków pogodowych, pomieszczenie dla dawców oczekujących na oddanie krwi *	Tak []	Nie []	
Akcja stacjonarna			
1 duże pomieszczenie ok. 70 m ² *		[]	
2-3 pomieszczenia, lecz przynajmniej jedno wielkości 25m ² *		[]	
Stoły (..... szt) i krzesła (..... szt) *		[]	
Dostęp do wody i gniazdek elektrycznych (..... szt) *		[]	
Miejsce parkingowe dla samochodu transportowego z RCKiK *		[]	
Akceptacja zgłoszenia akcji *	Tak [] Nie []		(data i podpis pracownika RCKiK)

* właściwą informację zaznaczyć symbolem "x"

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do organizacji mobilnej zbiórki krwi (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o ochronie danych osobowych ; tekst jednolity: Dz. U. 2016 poz.922)

Organizator:

Data..... Podpis.....

Pracownik Sekcji Promocji

Data..... Podpis.....