

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Gdańsku		
Nr wersji: 1	SOP-RCKiK-DDiP/P-O-01	Strona zał. 1 z 2
Załącznik nr: 4	wersja zał. nr: 1.1	data: 01.05.2026

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA WSPÓŁORGANIZATORA AKCJI POBIERANIA KRWI

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Gdańsku zwraca się z prośbą do Współorganizatora akcji pobierania krwi o wypełnienie formularza w celu usprawnienia obustronnej współpracy. Formularz prosimy dostarczyć lub przesać do Promocji RCKiK przynajmniej 14 -30 dni przed planowaną akcją na adres: [promocja@krew.gda.pl](mailto:promocja@krew.gda.pl)

INFORMACJE DOTYCZĄCE AKCJI WYJAZDOWEJ			
<b>Proponowany termin:</b>		Deklarowana liczba dawców (minimum 30 osób)	
<b>Rodzaj ekipy*</b>	Ambulans [ ]		Stacjonarna [ ]
<b>Miejsce postoju</b> (nazwa i adres zgłoszonej akcji pobierania krwi)			
<b>Proponowane godziny rejestracji dawców</b>	od:		do:
Czy ekipa organizowana jest w w/w miejscu pierwszy raz? *	Tak [ ]		Nie [ ]
<b>Docelowe usytuowanie ambulansu</b> (informacje dla kierowcy dot. parkowania np. przy budynku, na parkingu oraz czy miejsce będzie wcześniej przygotowane/oznakowane)			
DANE DOTYCZĄCE WSPÓŁORGANIZATORA			
<b>Imię i nazwisko</b>			
<b>Dane kontaktowe:</b> (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 trwania ekipy wyjazdowej			
ORGANIZUJĄC AKCJĘ POBIERANIA KRWI WSPÓŁORGANIZATOR POWINIEN ZAPEWNIĆ:			
<b>Ekipa ambulansowa:</b>			
Miejsce parkingowe z dogodnym dojazdem dla ambulansu (wymiary : dł.12,2 m, szer.2,5m, wys. 3,7 m, masa 19t) *	TAK [ ] NIE [ ]		
Dostęp do toalet dla pracowników RCKiK *	TAK [ ] NIE [ ]		
Dostęp do prądu *	380 V/63A TAK [ ] NIE [ ]		
	230 V TAK [ ] NIE [ ]		
Zgoda osoby zarządzającej terenem, na którym odbywa się akcja pobierania krwi * jeśli postój wymaga zgody ZDiZ proszę dołączyć pismo zawierające taką zgodę	<p>.....</p> <p>podpis i pieczętka</p>		

\* właściwą informację zaznaczyć symbolem "x"

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Gdańsku		
Nr wersji: 1	SOP-RCKiK-DDiP/P-O-01	Strona zał. 2 z 2
Załącznik nr: 4	wersja zał. nr: 1.1	data: 01.05.2026

<b>Ekipa stacjonarna:</b>	
1 duże pomieszczenie ok. 70 m <sup>2</sup> lub 2-3 pomieszczenia (min. jedno o powierzchni ok. 25m <sup>2</sup> )	TAK [ ] NIE [ ]
Powierzchnie łatwo zmywalne *	TAK [ ] NIE [ ]
Możliwość zapewnienia stołów i krzeseł *	TAK [ ] NIE [ ]
Dostęp do gniazdek elektrycznych ( min. 2 szt.) *	TAK [ ] NIE [ ]
Dostęp do bieżącej wody i toalet dla pracowników RCKiK Gdańsk *	TAK [ ] NIE [ ]
Miejsce parkingowe dla samochodu transportowego RCKiK *	TAK [ ] NIE [ ]
<p>W przypadku chęci udokumentowania akcji pobierania krwi, ze względu na przepisy RODO, Współorganizator zobowiązany jest posiadać zgodę osób fotografowanych, nagrywanych (kandydatów na dawców, dawców i personelu). Chęć wykonywania nagrań bądź zdjęć należy zgłosić wcześniej kierownikowi ekipy.</p>	
<p>[ ] Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Regulaminu dla Współorganizatorów akcji pobierania krwi, dostępnego na stronie <a href="http://www.krew.gda.pl">www.krew.gda.pl</a> i przyjmuję do wiadomości treści w nim zawarte oraz zobowiązuję się do ich przestrzegania.</p> <p>[ ] Zdaję sobie sprawę z poniesionych kosztów przez RCKiK Gdańsk, dlatego organizując akcję pobierania krwi dołożę wszelkich starań, aby wszystkie wymagania ujęte w Regulaminie były spełnione.</p> <p>[ ] Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, które odbywa się na podstawie realizacji nałożonych zadań o charakterze publicznym (przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e RODO) w celu organizacji i przeprowadzenia akcji pobierania krwi zgodnie z art. 27 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi.</p>	
Współorganizator:	
data ..... podpis .....	
<b>Wypełnia pracownik RCKiK:</b>	
Akceptacja zgłoszenia akcji pobierania krwi * TAK [ ] NIE [ ]	
data i podpis pracownika Promocji	

\* właściwą informację zaznaczyć symbolem "X"

