

**Prezydent Miasta
Ostrowa Wielkopolskiego**
al. Powstańców Wielkopolskich 18
63-400 Ostrów Wielkopolski

WNIOSEK O WYDANIE OSTROWSKIEJ KARTY KRWIODAWCY

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy:

.....

2. Adres zamieszkania:

.....

Wnoszę o:

<input type="checkbox"/>	Wydanie Ostrowskiej Karty Krwiodawcy*
<input type="checkbox"/>	Przedłużenie ważności Ostrowskiej Karty Krwiodawcy*
<input type="checkbox"/>	Wydanie duplikatu Ostrowskiej Karty Krwiodawcy*

* Proszę zaznaczyć znakiem „X” odpowiednie pole

Posiadam:

<input type="checkbox"/>	Legitymację Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi – III stopnia*
<input type="checkbox"/>	Legitymację Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi – II stopnia*
<input type="checkbox"/>	Legitymację Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi – I stopnia*
<input type="checkbox"/>	Legitymację Honorowego Dawcy Krwi – Zasłużonego dla Zdrowia Narodu*
<input type="checkbox"/>	Zaświadczenie potwierdzające ilość oddanej krwi lub odpowiadającą tej objętości ilość innych jej składników*

* Proszę zaznaczyć znakiem „X” odpowiednie pole

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i aktualne oraz, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń oraz zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym wniosku.

.....

Data i czytelny podpis wnioskodawcy