



KARTA INFORMACJI MEDYCZNYCH I.C.E.

Miejscowość i data:

Imię i nazwisko:

PESEL:

1. Do otrzymania informacji o moim stanie zdrowia upoważniam:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Numer telefonu, kontakt do osoby upoważnionej:

2. Wyrażam zgodę na pobranie
po śmierci moich tkanek
i narządów do przeszczepienia:

wpisz TAK lub NIE:

czytelny podpis

Grupa krwi:

Uczulenia na leki:

Inne ważne informacje:



kampania przeciw homofobii

Od ponad 10 lat działamy, aby zapewnić osobom LGBT równość i szacunek.

Twoje wsparcie umożliwi nam dalsze działanie!

Ustaw stałe polecenie zapłaty (np. 20 zł) na konto KPH:

35 2130 0004 2001 0344 2274 0001
(Volkswagen Bank SA).

www.kph.org.pl/wesprzyj
info@kph.org.pl