

**Centralny Rejestr
Niespokrewnionych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej**Lindleya 4, 02-005 Warszawa
tel./fax (22) 627-07-48
email: ocrdsikp@o2.pl
www.poltransplant.org.pl**KARTA POTENCJALNEGO
DAWCY SZPIKU**

ID

wypełnia POLTRANSPLANT

Imię	Nazwisko	PESEL
Adres	Województwo	Data urodzenia
Telefon	Płeć <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	Rok umowy

wyniki typowania HLA

Klasa I	A	B	C
wyniki typowania serologicznego			
Klasa I	A*	B*	C*
wyniki typowania genetycznego			
Klasa II	DRB1*	DQB1*	
wyniki typowania genetycznego			

pieczętka zakładu:

data wypełnienia karty:

podpis osoby wypełniającej kartę: