



Zdravotná poisťovňa

Union zdravotná poisťovňa, a. s.
Karadžičova 10
814 53 Bratislava
IČO: 36284831
DIČ: 2022152517
Spoločnosť zapísaná v obchodnom registri Okresného
súdu Bratislava I, odd. Sa, vl. č. 3832/B

Žiadosť o balíček za dobrovoľné a bezpríspevkové darovanie krvi

Identifikačné údaje poistenca¹

Meno a priezvisko²:

Rodné číslo\IČP*:

**Dátum posledného
darovania krvi:**

Adresa trvalého bydliska:

Korešpondenčná adresa:

(žiadateľ vyplní iba v prípade, ak žiada zaslať
balíček mimo adresy trvalého bydliska)

Kontaktné údaje (telefón alebo e-mail):

**Dátum vyplnenia
žiadosti:**

Podpis žiadateľa:

Prevzatie balíčka určenou osobou

Kontaktné miesto Union ZP:

Osoba, určená darcom na prevzatie balíka: (vyplní sa
iba v prípade prevzatia balíčka určenou osobou) **Meno a priezvisko:**

Dátum narodenia určenej osoby:

Bydlisko určenej osoby:

Dátum prevzatia balíčka:

Podpis darcu krvi, resp. určenej osoby³:

1 Na balíček má nárok IBA darca, ktorý daroval dobrovoľne a bezpríspevkovo KRV a KRVNÉ ZLOŽKY na území SR.

2 Meno a priezvisko darcu sa vyplní aj v prípade, že balíček na kontaktnom mieste prevezme ním určená osoba, resp. rodinný príslušník.

3 Určená osoba svojím podpisom súhlasí so spracovaním svojich osobných údajov v rozsahu meno, priezvisko, dátum narodenia a bydlisko, za účelom prevzatia balíčka, a to na dobu nevyhnutnú na splnenie tohto účelu. Som si vedomý(á) toho, že tento súhlas môžem kedykoľvek odvolať, pričom odvolanie nemá spätné

* identifikačné číslo poistenca