



Zdravotná poisťovňa

Union zdravotná poisťovňa, a. s.
Karadžičova 10
814 53 Bratislava
IČO: 36284831
DIČ: 2022152517
Spoločnosť zapísaná v obchodnom registri
Mestského súdu Bratislava III, 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:

E-mail pre doručenie kódu:

Dátum vyplnenia
žiadosti:

Podpis žiadateľa:

Prevzatie určenou osobou

Kontakné miesto Union ZP:

Meno a priezvisko osoby, určenej
darcom na prevzatie zľavového kódu:
(vyplní sa iba v prípade prevzatia určenou osobou)

Dátum narodenia 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 svojim podpisom súhlasí so spracovaním svojich osobných údajov v rozsahu meno, priezvisko a dátum narodenia, za účelom prevzatia zľavového kódu potrebného pre jeho uplatnenie na e-shope lekárne, a to na dobu nevyhnutnú na splnenie tohto účelu. Som si vedomý(á) toho, že tento súhlas môžem kedykoľvek odvolať, pričom odvolanie nemá spätné účinky.

* identifikačné číslo poistenca

Pre viac informácií použite QR kód

