

Izjava

Podpisana _____ , rojena dne _____ ,
(ime in priimek) (datum rojstva)
s stalnim prebivališčem na _____ ,
(naslov stalnega prebivališča, pošta)

izjavljam,

- o da sem bila s strani podjetja BPK d.o.o. obveščena o postopku odvzema krvi iz popkovnice in o tveganju v zvezi s tem postopkom,
- o da se kri iz popkovnice odvzame na mojo željo in za moje potrebe,
- o da se strinjam z obdelavo mojih osebnih podatkov v zvezi z odvzemom krvi iz popkovnice, ki bo opravljena s strani porodnišnice _____

(naziv in naslov porodnišnice)

Kraj in datum: _____

Podpis: _____