

**FORMULARZ IDENTYFIKACYJNY NR \_\_\_\_\_**

Krew pępowinowa pobrana w dniu \_\_\_\_\_  
w \_\_\_\_\_

**Dane dotyczące dziecka**

Nazwisko \_\_\_\_\_  
Imię \_\_\_\_\_  
Płeć \_\_\_\_\_  
Data i godzina urodzenia \_\_\_\_\_

Typ porodu\* Siłami natury / Cięcie cesarskie

**Dane osobowe rodziców**

	Matka	Ojciec
Nazwisko	_____	_____
Imię	_____	_____
Data urodzenia	_____	_____
PESEL	_____	_____
Adres	_____	_____
Telefon kontaktowy	_____	_____

Uwagi osoby pobierającej \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Imię i Nazwisko osoby pobierającej

Data i Podpis

\*właściwie otoczyć obwódką

**Cryo-Save Polska Sp. z o.o.**