

B9 Bilaga 3 Ansökan om ersättning i samband med granulocytinsamling

Datum för insamling: _____

Fylls i av granulocytgivare:

Namn:	
Pers.nr:	
Telefon:	
Adress:	
Kontonummer:	Clearingnummer:
Bank:	
Härmed intygar jag som granulocytgivare att ovanstående uppgifter är korrekta:	
Ort, datum:	
Underskrift:	

Ansökan skickas eller lämnas till:
Aferesmottagningen, Sektionen för hematologi och koagulation
Sahlgrenska universitetssjukhuset
Bruna Stråket 5
413 45 Göteborg

Fylls i av Aferesmottagningen:

Härmed intygar jag att denna givare lämnat granulocyter enligt angivna datum:
Underskrift:
Namnförtydligande:

Ansökan lämnas av Aferesmottagningen till sektionens vårdenhetschef

151101 rev 3
www.sahlgrenska.se