## 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*



Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Aferesmottagningen, Sektionen för hematologi och koagulation
Bruna Stråket 5 413 45 Göteborg
TELEFON växel 031-342 00 00, direkt 031-342 37 67