

„Może pomóc mi kropelka Twojej krwi”

.....
(imię i nazwisko)

.....
(nazwa szkoły, klasa)

Potwierdzenie oddania krwi

.....
(data oddania krwi)

.....
(ilość)

.....
(Pieczętka i podpis Centrum Krwiodawstwa)



PŁOCK

*Program finansowany ze środków Budżetu Miasta Płocka w ramach zadania publicznego
p.t. „Oddając krew – dajesz życie”*