

# Może pomóc mi kropelka Twojej Krwi



(imię i nazwisko)

(nazwa szkoły, klasa)

## **Potwierdzenie oddania krwi**

(data oddania krwi)

(ilość)

(pieczęć i podpis Centrum Krwiodawstwa)

Konkurs finansowany ze środków Urzędu Miasta Płocka w ramach zadania publicznego „Prowadzenie działań na rzecz społeczności lokalnej miasta Płocka w zakresie propagowania idei honorowego krwiodawstwa”