

Einwilligungsformular für Infektmarkertestung

Spender-Nr. : _____

Konserven Nr. : _____

Name : _____

Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

Wohnort : _____

Ich willige ein, dass meine Infektmarkerresultate übermittelt werden an:

Adresse _____

Datum : _____

Unterschrift: _____