

# Vampire Cup



## Teilnahmeformular

Name: \_\_\_\_\_

Sind Sie Pharmaziestudent/in? Ja  Nein

Was spenden Sie?

Vollblut  Thrombozyten  Blutplasma

*Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich hiermit freiwillig einverstanden, dass meine erhobenen Daten ausschließlich für den Zweck des Vampire Cups verwendet werden. Die Daten können an die Projektbeteiligten weitergegeben werden, Dritte erhalten jedoch keine Einsicht in die Unterlagen. Die Daten werden nicht gespeichert und nach der Auswertung des Blutspendemarathons vernichtet. Die Blutspende wird ausschließlich dem Blutspendedienst zur Verfügung gestellt.*

***E-Mail Adresse (Teilnahme am Gewinnspiel):***

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Hiermit wird bestätigt, dass die Blutspende durch oben genannte Person erfolgt ist:**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des medizinischen Personals