Program brezplačnega shranjevanja za pomoč družinskim članom · Cost-Free Family Donation Programme · Program brezplačnega shranjevanja za pomoč družinskim članom · Cost-Free Family Donation Programme

Request to enroll in the Cryo-Save Cost-Free Family Donation Programme / Prošnja za vpis v Cryo-Save program brezplačnega shranjevanja za pomoč družinskim članom

Mother - legal guardian / Mati oz. zakoniti skrbnik

Last name (maiden name) / Priimek (dekliški priimek)	
First name / Ime	
Address / Naslov	
Postal code / Poštna številka	City / Kraj
Country / Država	
Date of birth / Datum rojstva	D D M M L E T O
Telephone (home) / Telefon (domači)	
Telephone (mobile) / Telefon (mobilni)	
Email / E-poštni naslov	

Father - legal guardian / Oče oz. zakoniti skrbnik

Last name / Priimek	
First name / Ime	
Address / Naslov	
Postal code / Poštna številka	City / Kraj
Country / Država	
Date of birth / Datum rojstva	D D M M L E T O
Telephone (home) / Telefon (domači)	
Telephone (mobile) / Telefon (mobilni)	
Email / E-poštni naslov	

☐ We request to be enrolled in the Cost-Free Family Donation Programme of Cryo-Save. We acknowledge that this program is specifically designed to offer families in need the opportunity to have the cord blood stem cells of their expected newborn child collected and saved without any charges, aiming to treat a diseased first or second line relative in the near future. The disease should be treatable with stem cells (see below, confirmed by physician)./

Želimo se vpisati v program brezplačnega shranjevanja za pomoč družinskim članom Cryo-Save. Zavedamo se, da je program posebej oblikovan za družine, ki potrebujejo pomoč, saj jim ponuja možnost zbiranja in shranjevanja matičnih celic iz popkovnične krvi njihovega novorojenčka brez kakršnih koli stroškov, z namenom zdravljenja obolelega sorodnika v prvem ali drugem kolenu v bližnji prihodnosti. Gre za bolezen, ki jo je mogoče zdraviti z matičnimi celicami (glejte spodaj, potrdil zdravnik).

Place / Kraj		Date / Datum	D D M M L E T O
Signature MOTHER - LEGAL GUARDIAN / Podpis matere oz. zakonitega skrbnika		Signature FATHER - LEGAL GUARDIAN / Podpis očeta oz. zakonitega skrbnika	

Cryo-Save
Save for Life
Europe's Leading Stem Cell Bank

Program brezplačnega shranjevanja za pomoč družinskim članom · Cost-Free Family Donation Programme · Program brezplačnega shranjevanja za pomoč družinskim članom · Cost-Free Family Donation Programme

Completed by physician (in block letters, please) / Izpolni zdravnik (z velikimi tiskanimi črkami)

This family has a first or second line relative to the expected child with a disease, which is potentially treatable with allogeneic umbilical cord derived stem cell transplantation. It is not required that this therapy is already planned for this family member. It's being confirmed that based on the family anamnesis the requirements for the cost free collection and storage of the cord blood stem cells with Cryo-Save AG are met.

Ta družina ima sorodnika bodočega novorojenčka v prvem ali drugem kolenu z boleznijo, ki jo je potencialno mogoče zdraviti s transplantacijo alogenskih matičnih celic iz popkovnične krvi. Ni potrebno, da je to zdravljenje za družinskega člana že načrtovano. Potrjeno je, da so na osnovi družinske anamneze izpolnjeni pogoji za brezplačno zbiranje in shranjevanje matičnih celic iz popkovnične krvi pri skupini Cryo-Save AG.

Name of diseased family member / Ime obolelega družinskega člana	

Anamnesis / Anamneza (izpolnjena v angleščini ali latinščini)	

Doctor's name / Ime zdravnika	
Address of clinic / doctor / Naslov klinike / zdravnika	
Phone number / Telefonska številka	
Fax number / Številka telefaxa	

Place / Kraj		Date / Datum	D D M M L E T O

Signature and Doctor's stamp / Podpis in žig zdravnika	

Cryo-Save
Save for Life
Europe's Leading Stem Cell Bank