



ZKRD
Zentrales
Knochenmarkspender-
Register Deutschland

Postfach 4244, 89032 Ulm
Helmholtzstr. 10, 89081 Ulm

Fon: +49 731 1507-000
Fax: +49 731 1507-500

Buchhaltung:
Fon: -326
Fax: -77504

E-Mail:
kueteam@zkrd.de

Zentrales Knochenmarkspender-Register für die
Bundesrepublik Deutschland gemeinnützige GmbH
Postfach 42 44
89032 Ulm

ERNEUTE/ERWEITERTE KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG

persönlich

Ich,

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

verpflichte mich, dem Zentralen Knochenmarkspender-Register für die Bundesrepublik Deutschland gemeinnützige GmbH (ZKRD) für die Kosten der Suche nach einem nicht verwandten Blutstammzellspender für

mich

den Patienten _____

weitere EUR _____ zu erstatten.

Ich werde das ZKRD unverzüglich informieren, sobald ich von Umständen Kenntnis erhalte, die den Abbruch der Spendersuche zur Folge haben.

Ort, Datum

Unterschrift