



**ORYGINAŁ**

## ZARZĄDZENIE

|                                                                                                                        |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NR WŁASNY</b>                                                                                                       | <b>Z/22/4</b>                                                                                                                                           |                                                                                                                                                               |
| <b>TYTUŁ</b>                                                                                                           | Zwrot kosztów podróży Honorowego Dawcy Krwi lub Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi do RCKiK w Białymstoku, Terenowych Oddziałów, punktów pobierania krwi |                                                                                                                                                               |
| <b>NR WERSJI</b>                                                                                                       | 4                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                               |
| <b>DATA OBOWIĄZYWANIA</b>                                                                                              | 01.01.2025 r.                                                                                                                                           |                                                                                                                                                               |
| <b>WERYFIKACJA</b>                                                                                                     | <b>DATA WERYFIKACJI</b>                                                                                                                                 | <b>PODPIS I PIECZĄTKA OSOBY ODPOWIEDZIALNEJ</b>                                                                                                               |
|                                                                                                                        |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                        |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                        |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                        |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                               |
| <b>USTALIŁ</b>                                                                                                         | <b>SPRAWDZIŁ</b>                                                                                                                                        | <b>ZATWIERDZIŁ</b>                                                                                                                                            |
| 19.12.2024 r.                                                                                                          | 19.12.2024 r.                                                                                                                                           | 19.12.2024 r.                                                                                                                                                 |
| RCKiK w Białymstoku<br>Z-CADYREKTORA DS. MEDYCZNYCH<br><br>lek. med. Dariusz Średziński<br>.....<br>Pieczętka i podpis | ASYSTENTKA DYREKTORA<br>Specjalista ds. organizacyjno-prawnych<br>RCKiK w Białymstoku<br>mgr Kinga Ciućka-Suchowolec<br>.....<br>Pieczętka i podpis     | DYREKTOR<br>Regionalnego Centrum Krwiodawstwa<br>i Krwiolecznictwa w Białymstoku<br>Prof. dr hab. n. med. Piotr Marek Radziwon<br>.....<br>Pieczętka i podpis |
| <b>WYCOFANIE</b>                                                                                                       | <b>DATA</b>                                                                                                                                             | <b>PODPIS I PIECZĄTKA DYREKTORA</b>                                                                                                                           |
|                                                                                                                        |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                               |

|                  |        |
|------------------|--------|
| <b>ZASTĘPUJE</b> | Z/22/3 |
|------------------|--------|

### WPROWADZONE ZMIANY

1. Zapisy dot. § 3 ust. 3 – 4.
2. Aktualizacja załączników :usunięcie załącznika nr 2, wprowadzenie nowych wzorów załączników: Wniosek o zwrot kosztów podróży dawcy krwi/osocza/platek krwi oraz ewidencja przebiegu pojazdów.

|                   |                                                                          |                                                                                 |                                                                              |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RODZIELNIK</b> | <input checked="" type="checkbox"/> Dział Eksploatacyjno-Administracyjny | <input type="checkbox"/> Sam. st. pr. Zamówień Publicznych                      | <input checked="" type="checkbox"/> Sekcja Informatyki i Aparatury Medycznej |
|                   | <input checked="" type="checkbox"/> Sekcja Kadrowo-Płacowa               | <input type="checkbox"/> Sam. st. pr. Audytora Wewnętrznego                     | <input checked="" type="checkbox"/> Sekcja Administracyjno-Gospodarcza       |
|                   | <input type="checkbox"/> Sekretariat                                     | <input type="checkbox"/> Sam. st. pr. Radcy Prawnego                            | <input type="checkbox"/> Sam. st. pr.ds. ochrony p/poż.                      |
|                   | <input checked="" type="checkbox"/> Dział Finansowo-Księgowy             | <input type="checkbox"/> Sam. st. pr. Inspektora Ochrony Danych Osobowych       | <input type="checkbox"/> Sam. st. pr.ds. ochrony informacji niejawnych       |
|                   | <input checked="" type="checkbox"/> Sekcja Marketingu i Promocji         | <input type="checkbox"/> Sam. st. pr. BHP                                       | <input type="checkbox"/> Sam. st. pr. ds. obronnych i obrony cywilnej        |
|                   | <input type="checkbox"/> Dział Farmacji Szpitalnej                       | <input checked="" type="checkbox"/> Ośrodek Dawców Szpiku                       | <input type="checkbox"/> Dział Laboratoryjny                                 |
|                   | <input checked="" type="checkbox"/> Dział Dawców i Ekspedycji            | <input type="checkbox"/> Dział Immunologii Transfuzjologicznej                  | <input type="checkbox"/> Dział Pobierania i Preparatyki                      |
|                   | <input type="checkbox"/> Pełnomocnik ds. jakości                         | <input checked="" type="checkbox"/> Pracownia pobierania komórek krwiotwórczych | <input checked="" type="checkbox"/> Terenowy Oddział w Hajnówce              |
|                   | <input checked="" type="checkbox"/> Terenowy Oddział w Bielsku Podlaskim | <input checked="" type="checkbox"/> Terenowy Oddział w Suwałkach                | <input checked="" type="checkbox"/> Terenowy Oddział w Łomży                 |
|                   | <input checked="" type="checkbox"/> Dział Zapewnienia Jakości            | <input type="checkbox"/>                                                        |                                                                              |

**ZARZĄDZENIE NR Z/22/4**  
**Dyrektora RCKiK w Białymstoku**  
**z dnia 19.12.2024 r.**

**w sprawie zwrotu kosztów podróży Honorowego Dawcy Krwi lub Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi  
do RCKiK w Białymstoku, Terenowych Oddziałów, punktów pobierania krwi**

Na podstawie art. 9 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (t. j. Dz.U. 2024, poz. 1782) oraz § 6 ust. 1 Statutu Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Białymstoku z dnia 26.04.2012 r. (Dz. Urz. M. Z. 2012, poz. 26 z późn. zm.) zarządzam, co następuje:

**§ 1**

Zasłużonemu Honorowemu Dawcy Krwi i Honorowemu Dawcy Krwi, zwanych dalej „dawcą”, przysługuje zwrot kosztów przejazdu do jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 stycznia 2013 r. w sprawie należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży ( t.j. Dz. U. 2023 poz. 2190). Koszt przejazdu ponosi Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Białymstoku.

**§ 2**

1. Dawcy przysługuje zwrot kosztów podróży w wysokości udokumentowanej biletami lub fakturami obejmującymi cenę biletu środka transportu, wraz ze związanymi z nimi opłatami dodatkowymi, w tym miejscówkami, z uwzględnieniem posiadanej ulgi na dany środek transportu.
2. Zwrot kosztów podróży do i z miejsca pobierania krwi przysługuje dawcy w przypadku, gdy oddaje on krew lub jej składniki w placówce służby krwi położonej najbliżej jego miejsca zamieszkania na terenie województwa podlaskiego w: RCKiK w Białymstoku ul. M. Skłodowskiej-Curie 23/Terenowym Oddziale w: Bielsku Podlaskim, Hajnówce, Łomży, Suwałkach/Ekipie Wyjazdowej i mogącej pobierać składnik, który dawca chce oddać lub w przypadku gdy jest on wzywany do RCKiK Białymstoku ul. M. Skłodowskiej-Curie 23 /Terenowego Oddziału w Bielsku Podlaskim, Hajnówce, Łomży, Suwałkach w celu oddania krwi lub jej składnika „na ratunek”.
3. Jeżeli dawca oddaje krew lub jej składniki w placówce innej niż położona najbliżej jego miejsca zamieszkania i mogącej pobierać składnik, który dawca chce oddać, to zwrot kosztów podróży nie może przekroczyć sumy równej kosztom podróży do i z placówki służby krwi najbliższej miejsca zamieszkania dawcy.
4. W przypadku przejazdu krwiodawcy z innego województwa, zwrot kosztów przysługuje tylko za bilety komunikacji miejskiej z dworca do punktu pobrań.
5. W wyjątkowych sytuacjach Dyrektor Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Białymstoku, może wyrazić zgodę na zwrot kosztów podróży do i z miejsca pobierania krwi dawcy spoza województwa podlaskiego (województwa ościenne). Zwrot kosztów podróży nie może przekroczyć sumy równej kosztom podróży do i z placówki służby krwi najbliższej miejsca zamieszkania dawcy. Zwrot kosztów podróży dawcy następuje na podstawie pisemnego wniosku krwiodawcy oraz pisemnej zgody Dyrektora Centrum. Zwrot kosztów podróży zostanie wypłacony po uprzednim zatwierdzeniu przez Dyrektora RCKiK w Białymstoku, w ciągu 14 dni od daty oddania krwi lub jej składnika w kasie RCKiK w Białymstoku/Terenowym Oddziale RCKiK w: Bielsku Podlaskim, Hajnówce, Łomży, Suwałkach lub na konto bankowe podane przez dawcę krwi lub jej składnika.
6. Zwrot kosztów podróży do i z miejsca pobierania krwi przysługuje również dawcy, który z powodów zdrowotnych nie został zakwalifikowany do oddania krwi.

Zwrot przysługuje również osobom zdyskwalifikowanym przez lekarza w trakcie kwalifikacji do donacji oraz osobom, które zostały wezwane w celu przeprowadzenia badań. Zwrot nie przysługuje osobom, które zgłosiły się przed upływem nałożonej dyskwalifikacji lub przed upłynięciem odstępu od ostatniej donacji.

Dawca może korzystać z komunikacji autobusowej zarówno miejskiej jak i podmiejskiej, z komunikacji kolejowej II klasy oraz przewoźników prywatnych.

7. W wyjątkowych, uzasadnionych medycznie, przypadkach związanych z pilnym zapotrzebowaniem na krew lub jej składniki na ratunek życia dopuszcza się dokonanie zwrotu kosztów przejazdu innymi środkami transportu na podstawie decyzji Dyrektora Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Białymstoku, podjętej w uzgodnieniu z dawcą.
8. W przypadkach, o których mowa w ust. 7, dopuszcza się zwrot kosztów przejazdu własnym pojazdem w wysokości stanowiącej iloczyn przejechanych kilometrów przez stawkę za jeden kilometr przebiegu określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 34a ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o transporcie drogowym (t.j. Dz.U. 2024, poz. 1539 z późn. zm.). W takim wypadku dawca przedstawia do wglądu dowód rejestracyjny pojazdu, natomiast, gdy dawca nie jest właścicielem pojazdu należy przedstawić do wglądu umowę użyczenia pojazdu lub pisemną zgodę na korzystanie z pojazdu. Zwrot kosztów przejazdu otrzymuje osoba ponosząca faktyczne wydatki tj. właściciel, współwłaściciel pojazdu lub osoba, której użyczono pojazd.

### § 3

1. Krwiodawca powinien zgłosić żądanie zwrotu kosztów przejazdu po oddaniu krwi w tym samym dniu lub przy następnej wizycie w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, ale nie później niż 14 dni od oddania krwi.
2. Krwiodawca, który nie zgłosi żądania w terminie zastrzeżonym w ust. 1 traci prawo do zwrotu kosztów przejazdów.
3. RCKiK w Białymstoku zwróci udokumentowane przez dawcę poniesione koszty na podstawie załączonych biletów oraz wypełnionego wniosku – *załącznik nr 1*. W przypadku braku możliwości udokumentowania kosztów przejazdu, w tym również zakupu biletu drogą elektroniczną tj. płatność kartą, telefonem itp. Dawca składa pisemne oświadczenie o dokonaniu wydatku i przyczynach braku jego udokumentowania. W przypadku korzystania z własnego środka transportu należy dodatkowo przedłożyć kartę ewidencji przebiegu pojazdu stanowiącą *załącznik nr 2* do zarządzenia.
4. Oddanie przez krwiodawcę krwi i jej składników będzie potwierdzane przez pracownika księgowości w obowiązującym systemie teleinformatycznym.
5. W przypadku przedłożenia przez dawcę krwi lub jej składnika „Karty ewidencji przebiegu pojazdu”, zwrot kosztów podróży zostanie wypłacony po uprzednim zatwierdzeniu przez Dyrektora RCKiK w Białymstoku, w ciągu 14 dni od daty oddania krwi lub jej składnika w kasie RCKiK w Białymstoku/Terenowym Oddziale RCKiK w: Bielsku Podlaskim, Hajnówce, Łomży, Suwałkach lub na konto bankowe podane przez dawcę krwi lub jej składnika.

### § 4

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem zatwierdzenia przez Dyrektora RCKiK w Białymstoku.

Dyrektor  
Regionalnego Centrum Krwiodawstwa  
i Krwiolecznictwa w Białymstoku

Prof. dr hab. n. med. Piotr Marek Radziwon

Załącznik nr 1  
do Zarządzenia nr Z/22/4  
z dnia 19.12.2024 r.

|               |           |                          |                 |                          |          |                          |       |                          |         |                          |
|---------------|-----------|--------------------------|-----------------|--------------------------|----------|--------------------------|-------|--------------------------|---------|--------------------------|
| RCKiK/Oddział | Białystok | <input type="checkbox"/> | Bielsk Podlaski | <input type="checkbox"/> | Hajnówka | <input type="checkbox"/> | Łomża | <input type="checkbox"/> | Suwałki | <input type="checkbox"/> |
|---------------|-----------|--------------------------|-----------------|--------------------------|----------|--------------------------|-------|--------------------------|---------|--------------------------|

\*proszę zaznaczyć odpowiednią jednostkę

**WNIOSEK**

**O ZWROT KOSZTÓW PODRÓŻY DAWCY KRWI/OSOCZA/PŁYTEK KRWI**

z dnia .....

.....  
(imię i nazwisko krwiodawcy)

adres krwiodawcy składającego wniosek .....

.....  
czytelny podpis krwiodawcy

\*Do wniosku załączam: proszę o zaznaczenie

|       |                          |
|-------|--------------------------|
| Bilet | <input type="checkbox"/> |
|-------|--------------------------|

Oświadczam, że dojechałam/em do miejsca poboru krwi i poniosłam/em  
koszty dojazdu, ale nie mogę przedstawić biletu

Czytelny podpis krwiodawcy  
.....

Potwierdza się oddanie składnika krwi w dniu .....

przez Panią/Pana .....

.....  
Nr donacji

.....  
podpis pracownika RCKiK/TO

**RACHUNEK ZWROTU KOSZTÓW PODRÓŻY**

| W Y J A Z D                                           |      | P R Z Y J A Z D                  |      | Środki lokomocji*)                                 | Koszty przejazdu |
|-------------------------------------------------------|------|----------------------------------|------|----------------------------------------------------|------------------|
| miejsowość                                            | data | miejsowość                       | data |                                                    | zł i gr          |
|                                                       |      |                                  |      |                                                    |                  |
|                                                       |      |                                  |      |                                                    |                  |
|                                                       |      |                                  |      |                                                    |                  |
| Kwituję odbiór kwoty .....<br>(Słownie zł) .....      |      |                                  |      | Dojazdy                                            |                  |
|                                                       |      |                                  |      | Przejazdy                                          |                  |
|                                                       |      |                                  |      | Razem przejazdy, dojazdy                           |                  |
|                                                       |      |                                  |      | Ogólnie do wypłaty w obie strony                   |                  |
| Data .....                                            |      | czytelny podpis krwiodawcy ..... |      |                                                    |                  |
| Odbierający gotówkę okazał:<br>Dowód osobisty – ..... |      |                                  |      | Sprawdzono pod względem formalnym<br>i rachunkowym |                  |
| Seria ..... Nr .....                                  |      |                                  |      | Dnia .....                                         |                  |
| Wydany przez .....                                    |      |                                  |      | .....                                              |                  |
| Dnia ..... M-ca ..... Roku .....                      |      |                                  |      | Podpis pracownika RCKiK/TO                         |                  |
| Główny Księgowy .....                                 |      |                                  |      | Zatwierdzono do wypłaty                            |                  |
|                                                       |      |                                  |      | Dyrektor .....                                     |                  |

**Imię i nazwisko Dawcy**

**Adres zamieszkania Dawcy**

Nr rejestracyjny pojazdu .....

Pojemność silnika .....

[illegible]

**\* ) niepotrzebne skreślić**