



Komisja do Zwalczenia  
Dopingu w Sporcie  
ul. Łazienkowska 6A, Torwar 2  
00-449 Warszawa

Polish Anti - Doping  
Agency  
6A Łazienkowska Str.  
00-449 Warsaw, Poland

tel.: +48 22 529 88 43, fax: +48 22 629 52 06  
e-mail: panda@anty doping.pl, www.anty doping.pl

# PROTOKÓŁ KONTROLI ANTYDOPINGOWEJ DOPING CONTROL FORM

## 1. INFORMACJA O ZAWODNIKU / ATHLETE INFORMATION

NAZWISKO FAMILY NAME	IMIE GIVEN NAME	DATA URODZENIA DATE OF BIRTH	DD / DD	MM / MM	RRRR / YYYY
OBYWATELSTWO NATIONALITY	KLUB SPORTOWY SPORT CLUB	OKAZANO DOKUMENT TOZSAMOŚCI ATHLETE ID PROVIDED	TAK / YES	NI / NO	RODZAJ DOKUMENTU DOCUMENT TYPE
ADRES DO DORECZENIA ADDRESS	TELEFON KONTAKTOWY CONTACT TEL	NUMER DOKUMENTU DOCUMENT NUMBER			
E-MAIL	NAZWISKO TRENERA COACH'S NAME	NAZWISKO LEKARZA DOCTOR'S NAME			

## 2. ZAWIADOMIENIE / NOTIFICATION

TYP TESTU TYPE OF TEST	MOCZ URINE	KREW BLOOD	DATA DATE	DD / DD	MM / MM	RRRR / YYYY	MIEJSCE BADANIA PLACE OF TESTING	GODZINA ZAWIADOMIENIA TIME OF NOTIFICATION
POTWIERDZAM, IŻ ZAPOZNAŁEM SIĘ Z NINIEJSZYM POWIADOMIENIEM I ZGADZAM SIĘ NA DOSTARCZENIE WYMAGANYCH PRÓBEK (ROZUMIEM, ŻE ODMOWA BĄDŹ UCHYLENIE SIĘ OD DOSTARCZENIA PRÓBKĘ STANOWI NARUSZENIE PRZEPISÓW ANTYDOPINGOWYCH). I HEREBY ACKNOWLEDGE THAT I HAVE RECEIVED AND READ THIS NOTICE, AND I CONSENT TO PROVIDE SAMPLE(S) AS REQUESTED (I UNDERSTAND THAT FAILURE OR REFUSAL TO PROVIDE A SAMPLE MAY CONSTITUTE AN ANTI-DOPING RULE VIOLATION).							TEST NA ZAWODACH / IN COMPETITION TESTING NIE DOTYCZY N/A	
PODPIS ZAWODNIKA ATHLETE'S SIGNATURE							IMIE I NAZWISKO OSOBY ZAWIADAMIĄCEJ DCO / CHAPERONE NAME PODPIS OSOBY ZAWIADAMIĄCEJ DCO / CHAPERONE SIGNATURE	
							ZGŁOSIĆ SIĘ NIE PÓŹNIJ NIŻ REPORT NO LATER THEN	

## 3. INFORMACJA DLA ANALIZY LABORATORYJNEJ / INFORMATION FOR ANALYSIS

ZWIĄZEK SPORTOWY / SPORT FEDERATION	DYSCIPLINA SPORTU / SPORT DISCIPLINE	DATA BADANIA DATE OF BIRTH	DD / DD	MM / MM	RRRR / YYYY	PLEĆ SEX	K / F	M / F	NUMER KODOWY BADANIA / TEST MISSION CODE			
MOCZ URINE	A/B	KOD PRÓBKĘ MOCZU A/B / URINE SAMPLE CODE NUMBER	GODZINA POBRANIA PRÓBKĘ TIME OF COLLECTION	1	0	CIĘŻAR WŁASCIWY / SPECIFIC GRAVITY	POZA ZAWODAMI OUT OF COMPETITION	NA ZAWODACH IN COMPETITION	GODZINA PRZYBYCIA DO PUNKTU KONTROLNEGO ARRIVAL TIME AT DOPING CONTROL STATION			
EPO	VOL (ml)						PRÓBKĘ CZĘŚCIOWE / PARTIAL SAMPLES NIE DOTYCZY N/A					
DRUGA PRÓBKĘ / SECOND SAMPLE	MOCZ URINE	A/B	KOD PRÓBKĘ MOCZU A/B / URINE SAMPLE CODE NUMBER	GODZINA POBRANIA PRÓBKĘ TIME OF COLLECTION	1	0	CIĘŻAR WŁASCIWY / SPECIFIC GRAVITY	NUMER PRÓBKĘ CZĘŚCIOWEJ PARTIAL SAMPLE CODE NUMBER	VOL (ml)	GODZINA POBRANIA PRÓBKĘ TIME OF COLLECTION	INICJAŁY ZAWODNIKA I KONTROLERA ATHLETE / DCO INITIALS	
NE DOTYCZY N/A	VOL (ml)						NUMER PRÓBKĘ CZĘŚCIOWEJ PARTIAL SAMPLE CODE NUMBER			VOL (ml)	GODZINA POBRANIA PRÓBKĘ TIME OF COLLECTION	INICJAŁY ZAWODNIKA I KONTROLERA ATHLETE / DCO INITIALS
KREW BLOOD	NE DOTYCZY N/A	1/2	KOD PRÓBKĘ KRWI / BLOOD SAMPLE CODE NUMBER	GODZINA POBRANIA PRÓBKĘ TIME OF COLLECTION				DEKLARACJA NA TEMAT TRANSFUZJI KRWI: WYMIENIĆ WSZYSTKIE TRANSFUZJE Z OSTATNICH 6 MIESIĘCY DECLARATION OF BLOOD TRANSFUSIONS: LIST ANY TRANSFUSIONS OVER THE LAST 6 MONTHS			NE DOTYCZY N/A	
DEKLARACJA NA TEMAT LEKÓW / SUPLEMENTÓW: PODAĆ LISTĘ LEKÓW I SUPLEMENTÓW WYDANYCH NA I BEZ RECEPTY, WŁĄCZNIE Z WITAMINAMI I MINERALAMI, PRZYJĘTYMI W CIĄGU OSTATNICH 7 DNI (JEŚLI TO MOŻLIWE PODAĆ DAWKĘ) DECLARATION OF MEDICATION / SUPPLEMENTS: LIST ANY PRESCRIPTION AND NON PRESCRIPTION MEDICATIONS OR SUPPLEMENTS, INCLUDING VITAMINS AND MINERALS, TAKEN OVER THE PAST 7 DAYS (INCLUDE DOSAGE WHERE POSSIBLE)										WYLĄCZENIA TERAPEUTYCZNE TUE	TAK YES	NI NO
										ZALĄCZNIKI? ATTACHEMENTS?	NE DOTYCZY N/A	LICZBA ZALĄCZNIKÓW NO. OF ATTACHEMENTS
										SUBSTANCJA, DAWKA: SUBSTANCE, DOSAGE:		

## 4. POTWIERDZENIE PRZEPROWADZENIA KONTROLI ANTYDOPINGOWEJ / CONFIRMATION OF PROCEDURE FOR DOPING CONTROL

UWAGI / COMMENTS										ZALĄCZNIKI? ATTACHEMENTS?	NE DOTYCZY N/A	LICZBA ZALĄCZNIKÓW NO. OF ATTACHEMENTS									
POTWIERDZAM, ŻE PRÓBKĘ (PRÓBKĘ) ZOSTAŁY POBRANE ZGODNIE Z OBOWIĄZUJĄCYMI PROCEDURAMI / CERTIFY THAT SAMPLE COLLECTION WAS CONDUCTED IN ACCORDANCE WITH THE RELEVANT PROCEDURES																					
ŚWIADEK ODDANIA PRÓBKĘ MOCZU / URINE COLLECTION WITNESS			PODPIS ŚWIADKA / WITNESS SIGNATURE			DRUGA PRÓBKĘ SECOND SAMPLE			ŚWIADEK ODDANIA PRÓBKĘ MOCZU / URINE COLLECTION WITNESS			PODPIS ŚWIADKA / WITNESS SIGNATURE									
NE DOTYCZY N/A			OSOBA POBIERAJĄCA PRÓBKĘ KRWI / BLOOD COLLECTION OFFICER			NE DOTYCZY N/A			PODPIS OSOBY POBIERAJĄCEJ PRÓBKĘ KRWI / BLOOD COLLECTION OFFICER SIGNATURE												
NE DOTYCZY N/A			PRZEDSTAWICIEL ZAWODNIKA I ATHLETE REPRESENTATIVE			FUNKCJA / FUNCTION			PODPIS PRZEDSTAWICIELA / REPRESENTATIVE SIGNATURE												
IMIE I NAZWISKO KONTROLERA ANTYDOPINGOWEGO / DOPING CONTROL OFFICER			PODPIS KONTROLERA ANTYDOPINGOWEGO / SIGNATURE			DATA DATE			DD / DD			MM / MM			RRRR / YYYY			GODZINA ZAKOŃCZENIA TIME OF COMPLETION			
OŚWIADCZAM, IŻ PODANE PRZEZE MNIE W NINIEJSZYM DOKUMENCIE INFORMACJE SĄ PRAWDZIWE. OŚWIADCZAM, ZGODNIE Z INFORMACJAMI PODANYMI W CZĘŚCI 4, ŻE PRÓBKĘ ZOSTAŁY POBRANE ZGODNIE Z WŁAŚCIWYMI PROCEDURAMI. ZGADZAM SIĘ ABY WSZYSTKIE INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI ANTYDOPINGOWEJ, WŁĄCZNIE Z WYNIKAMI LABORATORYJNYMI ORAZ MOŻLIWYMI SANKCJAMI, BĘDĄ PRZEKAZANE DO ODPOWIEDNICH ORGANIZACJI ZGODNIE Z PRZEPISAMI ŚWIATOWEGO KODEKSU ANTYDOPINGOWEGO.																					
OŚWIADCZAM, IŻ ZAPOZNAŁEM SIĘ Z TREŚCIĄ NINIEJSZEGO TEKSTU I ZGADZAM SIĘ NA PRZETWARZANIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ KOMISJĘ DO ZWALCZANIA DOPINGU W SPORCIE ORAZ W SYSTEMIE ADAMS.																					
I DECLARE THAT THE INFORMATION I HAVE PROVIDED ON THIS DOCUMENT ARE CORRECT. I DECLARE THAT, SUBJECT TO COMMENTS MADE IN SECTION 4, SAMPLE COLLECTION WAS CONDUCTED IN ACCORDANCE WITH THE RELEVANT PROCEDURES FOR SAMPLE COLLECTION. I ACCEPT THAT ALL INFORMATION RELATED TO DOPING CONTROL, INCLUDING BUT NOT LIMITED TO LABORATORY RESULTS AND POSSIBLE SANCTIONS, SHALL BE SHARED WITH RELEVANT BODIES IN ACCORDANCE WITH THE WORLD ANTI-DOPING CODE.																					
I HAVE READ AND UNDERSTOOD THE TEXT OVERLEAF, AND I CONSENT TO THE PROCESSING OF MY PERSONAL DATA BY THE POLISH ANTI-DOPING AGENCY AND THROUGH ADAMS																					
										PODPIS ZAWODNIKA ATHLETE'S SIGNATURE											



Komisja do Zwalczenia  
Dopingu w Sporcie  
ul. Łazienkowska 6A, Torwar 2  
00-449 Warszawa

Polish Anti - Doping  
Agency  
6A Łazienkowska Str.  
00-449 Warsaw, Poland

tel.: +48 22 529 88 43, fax: +48 22 629 52 06  
e-mail: panda@anty doping.pl, www.anty doping.pl

# PROTOKÓŁ KONTROLI ANTYDOPINGOWEJ DOPING CONTROL FORM

## 1. INFORMACJA O ZAWODNIKU / ATHLETE INFORMATION

NAZWISKO FAMILY NAME	<input type="text"/>	IMIĘ GIVEN NAME	<input type="text"/>	DATA URODZENIA DATE OF BIRTH	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OBYWATELSTWO NATIONALITY	<input type="text"/>	KLUB SPORTOWY SPORT CLUB	<input type="text"/>	OKAZANO DOKUMENT TOŻSAMOŚCI ATHLETE ID PROVIDED	<input type="checkbox"/>	TAK / YES	<input type="checkbox"/>	RODZAJ DOKUMENTU DOCUMENT TYPE	<input type="text"/>
ADRES DO DORĘCZENIA ADDRESS	<input type="text"/>			NUMER DOKUMENTU DOCUMENT NUMBER	<input type="text"/>				
TELEFON KONTAKTOWY CONTACT TEL	<input type="text"/>	E-MAIL	<input type="text"/>	NAZWISKO TRENERA COACH'S NAME	<input type="text"/>	NAZWISKO LEKARZA DOCTOR'S NAME	<input type="text"/>		

## 2. ZAWIADOMIENIE / NOTIFICATION

TYP TESTU TYPE OF TEST	MOCZ URINE	<input type="checkbox"/>	KREW BLOOD	<input type="checkbox"/>	DATA DATE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MIEJSCE BADANIA PLACE OF TESTING	<input type="text"/>	GODZINA ZAWIADOMIENIA TIME OF NOTIFICATION	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
POTWIERDZAM, IŻ ZAPOZNAŁEM SIĘ Z NINIEJSZYM POWIADOMIENIEM I ZGADZAM SIĘ NA DOSTARCZENIE WYMAGANYCH PRÓBEK (ROZUMIEM, ŻE ODMOWA BĄDŹ UCHYLENIE SIĘ OD DOSTARCZENIA PRÓBKĘ STANOWI NARUSZENIE PRZEPISÓW ANTYDOPINGOWYCH).										TEST NA ZAWODZACH / IN COMPETITION TESTING									
I HEREBY ACKNOWLEDGE THAT I HAVE RECEIVED AND READ THIS NOTICE, AND I CONSENT TO PROVIDE SAMPLE(S) AS REQUESTED (I UNDERSTAND THAT FAILURE OR REFUSAL TO PROVIDE A SAMPLE MAY CONSTITUTE AN ANTI-DOPING RULE VIOLATION).										NIE DOTYCZY N/A					NAZWA ZAWODÓW EVENT				
PODPIS ZAWODNIKA ATHLETE'S SIGNATURE										IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZAWIADAJĄCEJ DCO / CHAPERONE NAME					ZGŁOSIĆ SIĘ NIE PÓŹNIEJ NIŻ REPORT NO LATER THEN				
										PODPIS OSOBY ZAWIADAJĄCEJ DCO / CHAPERONE SIGNATURE					<input type="text"/>				

## 3. INFORMACJA DLA ANALIZY LABORATORYJNEJ / INFORMATION FOR ANALYSIS

ZWIĄZEK SPORTOWY / SPORT FEDERATION	<input type="text"/>	DYSCIPLINA SPORTU / SPORT DISCIPLINE	<input type="text"/>	DATA BADANIA DATE OF BIRTH	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PLEĆ SEX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NUMER KODOWY BADANIA / TEST MISSION CODE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
MOCZ A/B URINE	<input type="text"/>	KOD PRÓBKİ MOCZU A/B / URINE SAMPLE CODE NUMBER	<input type="text"/>	GODZINA POBRANIA PRÓBKİ TIME OF COLLECTION	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	POZA ZAWODAMI OUT OF COMPETITION	<input type="checkbox"/>	NA ZAWODZACH IN COMPETITION	<input type="checkbox"/>	GODZINA PRZYBYCIA DO PUNKTU KONTROLNEGO ARRIVAL TIME AT DOPING CONTROL STATION	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
EPO	<input type="checkbox"/>	VOL(ml)	<input type="text"/>	CIEŻAR WŁĄSCZY / SPECIFIC GRAVITY	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DEKLARACJA NA TEMAT TRANSFUZJI KRWI: WYMIENIĆ WSZYSTKIE TRANSFUZJE Z OSTATNICH 6 MIESIĘCY DECLARATION OF BLOOD TRANSFUSIONS: LIST ANY TRANSFUSIONS OVER THE LAST 6 MONTHS													
DRUGA PRÓBKĄ / SECOND SAMPLE																							
MOCZ A/B URINE	<input type="text"/>	KOD PRÓBKİ MOCZU A/B / URINE SAMPLE CODE NUMBER	<input type="text"/>	GODZINA POBRANIA PRÓBKİ TIME OF COLLECTION	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NE DOTYCZY N/A													
KREW BLOOD	<input type="checkbox"/>	1/2	<input type="text"/>	KOD PRÓBKİ KRWI / BLOOD SAMPLE CODE NUMBER	<input type="text"/>	GODZINA POBRANIA PRÓBKİ TIME OF COLLECTION	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	WYŁĄCZENIA TERAPEUTYCZNE T U E													
DEKLARACJA NA TEMAT LEKÓW / SUPLEMENTÓW: PODAĆ LISTĘ LEKÓW I SUPLEMENTÓW WYDANYCH NA I BEZ RECEPTY, WŁĄCZNIE Z WITAMINAMI I MINERALAMI, PRZYJĘTYMI W CIĄGU OSTATNICH 7 DNI (JEŚLI TO MOŻLIWE PODAĆ DAWKĘ) DECLARATION OF MEDICATION / SUPPLEMENTS: LIST ANY PRESCRIPTION AND NON PRESCRIPTION MEDICATIONS OR SUPPLEMENTS, INCLUDING VITAMINS AND MINERALS, TAKEN OVER THE PAST 7 DAYS (INCLUDE DOSAGE WHERE POSSIBLE)										SUBSTANCJA, DAWKA: SUBSTANCE, DOSAGE:													
										ZALĄCZNIKI? ATTACHEMENTS?							LICZBA ZALĄCZNIKÓW NO. OF ATTACHEMENTS						

## 4. POTWIERDZENIE PRZEPROWADZENIA KONTROLI ANTYDOPINGOWEJ / CONFIRMATION OF PROCEDURE FOR DOPING CONTROL

<input type="text"/>															
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Komisja do Zwalczenia  
Dopingu w Sporcie  
ul. Łazienkowska 6A, Torwar 2  
00-449 Warszawa

Polish Anti - Doping  
Agency  
6A Łazienkowska Str.  
00-449 Warsaw, Poland

tel.: +48 22 529 88 43, fax: +48 22 629 52 06  
e-mail: panda@anty doping.pl, www.anty doping.pl

# PROTOKÓŁ KONTROLI ANTYDOPINGOWEJ DOPING CONTROL FORM

## 1. INFORMACJA O ZAWODNIKU / ATHLETE INFORMATION

NAZWISKO FAMILY NAME	<input type="text"/>	IMIĘ GIVEN NAME	<input type="text"/>	DATA URODZENIA DATE OF BIRTH	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OBYWATELSTWO NATIONALITY	<input type="text"/>	KLUB SPORTOWY SPORT CLUB	<input type="text"/>	OKAZANO DOKUMENT TOŻSAMOŚCI ATHLETE ID PROVIDED	TAK / YES <input type="checkbox"/>	NIE / NO <input type="checkbox"/>	RODZAJ DOKUMENTU DOCUMENT TYPE	<input type="text"/>	
ADRES DO DORĘCZENIA ADDRESS	<input type="text"/>			NUMER DOKUMENTU DOCUMENT NUMBER	<input type="text"/>				
TELEFON KONTAKTOWY CONTACT TEL.	<input type="text"/>	E-MAIL	<input type="text"/>	NAZWISKO TRENERA COACH'S NAME	<input type="text"/>	NAZWISKO LEKARZA DOCTOR'S NAME	<input type="text"/>		

## 2. ZAWIADOMIENIE / NOTIFICATION

TYP TESTU TYPE OF TEST	MOCZ URINE <input type="checkbox"/>	KREW BLOOD <input type="checkbox"/>	DATA DATE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MIEJSCE BADANIA PLACE OF TESTING	<input type="text"/>	GODZINA ZAWIADOMIENIA TIME OF NOTIFICATION	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
POTWIERDZAM, IŻ ZAPOZNAŁEM SIĘ Z NINIEJSZYM POWIADOMIENIEM I ZGADZAM SIĘ NA DOSTARCZENIE WYMAGANYCH PRÓBEK (ROZUMIEM, ŻE ODMOWA BĄDŹ UCHYLENIE SIĘ OD DOSTARCZENIA PRÓBKI STANOWI NARUSZENIE PRZEPISÓW ANTYDOPINGOWYCH).				TEST NA ZAWODACH / IN COMPETITION TESTING											
I HEREBY ACKNOWLEDGE THAT I HAVE RECEIVED AND READ THIS NOTICE, AND I CONSENT TO PROVIDE SAMPLE(S) AS REQUESTED (I UNDERSTAND THAT FAILURE OR REFUSAL TO PROVIDE A SAMPLE MAY CONSTITUTE AN ANTI-DOPING RULE VIOLATION).				NIE DOTYCZY N/A <input type="checkbox"/>									NAZWA ZAWODÓW EVENT <input type="text"/>		
PODPIS ZAWODNIKA ATHLETE'S SIGNATURE				IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZAWIADAMIĄCEJ DCO / CHAPERONE NAME <input type="text"/>									ZGŁOSIĆ SIĘ NIE PÓŹNIEJ NIŻ REPORT NO LATER THEN <input type="text"/>		
PODPIS OSOBY ZAWIADAMIĄCEJ DCO / CHAPERONE SIGNATURE				<input type="text"/>									<input type="text"/>		