



Polska Agencja
Antydopingowa
ul. Łazienkowska 6A
00-449 Warszawa

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

tel.: +48 22 529 89 12, fax: +48 22 529 89 12
e-mail: biuro@antydoping.pl, www.antydoping.pl

PROTOKÓŁ KONTROLI ANTYDOPINGOWEJ DOPING CONTROL FORM

BADANIE ZLECONE PRZEZ
TEST AUTHORISED BY

ORGANIZACJA ZARZĄDZAJĄCA WYNIKAMI
RESULT MANAGEMENT AUTHORITY

ORGANIZACJA POBIERAJĄCA PRÓBKĘ
SAMPLE COLLECTION AUTHORITY

1. INFORMACJA O ZAWODNIKU / ATHLETE INFORMATION

NAZWISKO FAMILY NAME	IMIĘ GIVEN NAME	DATA URODZENIA DATE OF BIRTH	DD / DD	MM / MM	RRRR / YYYY
OBYWATELSTWO NATIONALITY	KLUB SPORTOWY SPORT CLUB	OKAZANO DOKUMENT TOŻSAMOŚCI ATHLETE ID PROVIDED	TAK / YES	NIE / NO	RODZAJ DOKUMENTU DOCUMENT TYPE
ULICA STREET	NR DOMU HOUSE NUMBER	NR LOKALU FLAT NUMBER	NUMER DOKUMENTU DOCUMENT NUMBER		
KOD ZIP CODE	MIEJSCOWOŚĆ CITY	NAZWISKO TRENERA COACH'S NAME	NAZWISKO LEKARZA DOCTOR'S NAME		
TELEFON KONTAKTOWY CONTACT TEL	E-MAIL				

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 PRÓBKI STANOWI NARUSZENIE PRZEPISÓW ANTYDOPINGOWYCH ZAGROŻONE KARĄ 4 LAT ZAKAZU STARTÓW). 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 SANCTIONED WITH 4 YEARS OF INELIGIBILITY).								
TEST NA ZAWODZACH / IN COMPETITION TESTING								
NIE DOTYCZY N/A								
NAZWA ZAWODÓW EVENT								
IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZAWIADAMIĄJĄCEJ DCO / CHAPERONE NAME								
PODPIS OSOBY ZAWIADAMIĄJĄCEJ DCO / CHAPERONE SIGNATURE								
ZGŁOSIĆ SIĘ NIE PÓŹNIEJ NIŻ REPORT NO LATER THEN								
PODPIS ZAWODNIKA ATHLETE'S SIGNATURE								

3. INFORMACJA DLA ANALIZY LABORATORYJNEJ / INFORMATION FOR ANALYSIS

ZWIĄZEK SPORTOWY / SPORT FEDERATION	DYSCYPLINA SPORTU / SPORT DISCIPLINE	DATA BADANIA DATE OF TEST	DD / DD	MM / MM	RRRR / YYYY	PŁEĆ SEX	K / F	M / M	NUMER KODOWY BADANIA / TEST MISSION CODE
MOCZ A/B URINE	KOD PRÓBKİ MOCZU A/B / URINE SAMPLE CODE NUMBER	GODZINA POBRANIA PRÓBKİ TIME OF COLLECTION	1	0	CIEŻAR WŁAŚCIWY / SPECIFIC GRAVITY				
EPO	VOL.(ml)	CIEŻAR WŁAŚCIWY / SPECIFIC GRAVITY							
DRUGA PRÓBKĄ / SECOND SAMPLE	KOD PRÓBKİ MOCZU A/B / URINE SAMPLE CODE NUMBER	GODZINA POBRANIA PRÓBKİ TIME OF COLLECTION	1	0	CIEŻAR WŁAŚCIWY / SPECIFIC GRAVITY				
MOCZ A/B URINE	KOD PRÓBKİ MOCZU A/B / URINE SAMPLE CODE NUMBER	GODZINA POBRANIA PRÓBKİ TIME OF COLLECTION	1	0	CIEŻAR WŁAŚCIWY / SPECIFIC GRAVITY				
NIE DOTYCZY N/A	VOL.(ml)	CIEŻAR WŁAŚCIWY / SPECIFIC GRAVITY							
KREW BLOOD	KOD PRÓBKİ KRWI / BLOOD SAMPLE CODE NUMBER	GODZINA POBRANIA PRÓBKİ TIME OF COLLECTION	1	0	CIEŻAR WŁAŚCIWY / SPECIFIC GRAVITY				
NIE DOTYCZY N/A	1/2	CIEŻAR WŁAŚCIWY / SPECIFIC GRAVITY							
DEKLARACJA NA TEMAT PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ POLSKĄ AGENCJĘ ANTYDOPINGOWĄ ORAZ W SYSTEMIE ADAMS ZGODNIE Z USTAWĄ Z DNIA 29 SEPPIA 1997 R. O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH (DZ.U. NR 133, POZ. 883, Z PÓŹN. ZM.)									
I AGREE TO THE PROCESSING OF MY PERSONAL DATA BY THE POLISH ANTI-DOPING AGENCY PURSUANT TO THE PERSONAL DATA PROTECTION ACT OF 29 SEPTEMBER 1997.									
WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZEKAZYWANIE INFORMACJI DOTYCZĄCYCH KONTROLI ANTYDOPINGOWEJ, WYNIKÓW LABORATORYJNYCH ORAZ SANKCJI DO ODPOWIEDNICH ORGANIZACJI SPORTOWYCH ZGODNIE Z PRZEPISAMI ŚWIATOWEGO KODEKSU ANTYDOPINGOWEGO ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH JEST POLSKA AGENCJA ANTYDOPINGOWA.									
I AGREE THAT ALL INFORMATION RELATED TO THE DOPING CONTROL, INCLUDING LABORATORY RESULTS AND POSSIBLE SANCTIONS BE TRANSFERRED TO RELEVANT SPORT ORGANIZATIONS IN ACCORDANCE WITH THE PROVISIONS OF THE WORLD ANTI-DOPING CODE. THE PERSONAL DATA IS ADMINISTERED BY THE POLISH ANTI-DOPING AGENCY.									
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 DO 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).									
WYŁĄCZENIA TERAPEUTYCZNE T U E									
SUBSTANCJA, DAWKA: SUBSTANCE, DOSAGE:									
ZALĄCZNIKI? DOTYCZY N/A									
ZALĄCZNIKÓW NO. OF ATTACHEMENTS									
ZGADZAM SIĘ / I ACCEPT									
ODMAWIAM / I REFUSE									
PODPIS / SIGNATURE									

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

UWAGI / COMMENTS									
ZALĄCZNIKI? DOTYCZY N/A									
ZALĄCZNIKÓW NO. OF ATTACHEMENTS									
POTWIERDZAM, ŻE PRÓBKĄ/PRÓBKAMI ZOSTAŁY POBRANE ZGODNIE Z OBOWIĄZUJĄCYMI PROCEDURAMI / CERTIFY THAT SAMPLE COLLECTION WAS CONDUCTED IN ACCORDANCE WITH THE RELEVANT PROCEDURES									
SWIADEK ODDANIA PRÓBKİ MOCZU / URINE COLLECTION WITNESS									
PODPIS SWIADKA / WITNESS SIGNATURE									
DRUGA PRÓBKĄ SECOND SAMPLE									
SWIADEK ODDANIA PRÓBKİ MOCZU / URINE COLLECTION WITNESS									
PODPIS SWIADKA / WITNESS SIGNATURE									
OSOBA POBIERAJĄCA PRÓBKĘ KRWI / BLOOD COLLECTION OFFICER									
PODPIS OSOBY POBIERAJĄCEJ PRÓBKĘ KRWI / BLOOD COLLECTION OFFICER SIGNATURE									
PRZEDSTAWICIEL ZAWODNIKA / ATHLETE REPRESENTATIVE									
FUNKCJA / FUNCTION									
PODPIS PRZEDSTAWICIELA / REPRESENTATIVE SIGNATURE									
IMIĘ 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, ŻE PODANE PRZEZ MNIE W NINIEJSZYM PROTOKOŁIE INFORMACJE SĄ PRAWDZIWIE ORAZ, ŻE ZGODNIE Z INFORMACJAMI PODANYMI W CZĘŚCI 4 PRÓBKĄ ZOSTAŁY POBRANE ZGODNIE Z WŁAŚCIWYMI PROCEDURAMI.									
I REPRESENT AND WARRANT THAT THE INFORMATION GIVEN IN THIS DOCUMENT IS TRUE AND THAT AS STATED IN PART 4 THE SAMPLES HAVE BEEN COLLECTED FROM ME IN ACCORDANCE WITH THE RELEVANT PROCEDURE.									
WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZEKAZYWANIE INFORMACJI DOTYCZĄCYCH KONTROLI ANTYDOPINGOWEJ, WYNIKÓW LABORATORYJNYCH ORAZ SANKCJI DO ODPOWIEDNICH ORGANIZACJI SPORTOWYCH ZGODNIE Z PRZEPISAMI ŚWIATOWEGO KODEKSU ANTYDOPINGOWEGO ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH JEST POLSKA AGENCJA ANTYDOPINGOWA.									
I AGREE THAT ALL INFORMATION RELATED TO THE DOPING CONTROL, INCLUDING LABORATORY RESULTS AND POSSIBLE SANCTIONS BE TRANSFERRED TO RELEVANT SPORT ORGANIZATIONS IN ACCORDANCE WITH THE PROVISIONS OF THE WORLD ANTI-DOPING CODE. THE PERSONAL DATA IS ADMINISTERED BY THE POLISH ANTI-DOPING AGENCY.									
PODPIS ZAWODNIKA ATHLETE'S SIGNATURE									