



KOORDYNATOR KONTROLI ANTYDOP.
DOPING CONTROL COORDINATOR

NAZWISKO FAMILY NAME			IMIĘ GIVEN NAME			DATA URODZENIA DATE OF BIRTH							
NARODOWOŚĆ NATIONALITY			KLUB SPORTOWY SPORT CLUB			OKAZANO DOKUMENT ATHLETE ID PROVIDED	TAK YES		NIE NO				
ULICA STREET				NR DOMU HOUSE		NR LOKALU FLAT NUMBER			RODZAJ DOKUMENTU DOCUMENT TYPE				
KOD ZIP CODE			MIEJSCOWOŚĆ CITY					TELEFON PHONE NUMBER					
E-MAIL EMAIL ADDRESS					NAZWISKO TRENERA COACH'S NAME			NAZWISKO LEKARZA DOCTOR'S NAME					

GODZINA PRZYBYCIA DO STACJI KONTROLI ARRIVAL TIME AT DOPING CONTROL STATION			DATA BADANIA SAMPLE COLLECTION DATE			PLEĆ GENDER			NUMER KODOWY BADANIA / TEST MISSION CODE																	
POZA ZAWODAMI OUT OF COMPETITION			SPORT			KONKURENCJA DISCIPLINE																				
NA ZAWODACH IN COMPETITION			NAZWA ZAWODÓW COMPETITION			MIEJSCE PLACE																				
PRÓBKİ CZĘŚCIOWE PARTIAL SAMPLE			VOL. (ml)			GODZINA ZAMKNIĘCIA TIME SEALED			PODPIS ZAWODNIKA/ KONTROLERA ATHLETE/ DCO INITIALS			NUMER PRÓBKİ CZĘŚCIOWEJ PARTIAL SAMPLE NUMBER			VOL. (ml)			GODZINA ZAMKNIĘCIA TIME SEALED			PODPIS ZAWODNIKA/ KONTROLERA ATHLETE/ DCO INITIALS					
RODZAJ PRÓBKİ SAMPLE TYPE			VOL. (ml.)			GODZINA ZAMKNIĘCIA PRÓBKİ TIME SEALED			NUMER KODOWY PRÓBKİ SAMPLE CODE NUMBER			CIĘŻAR WŁAŚCIWY SPECIFIC GRAVITY			ŚWIADEK ODDANIA PRÓBKİ MOCZU/ OS. POBIERAJĄCA PRÓBKĘ KRWI / DBS URINE SAMPLE WITNESS/ BCO/ DBS-DCO NAME						PODPIS ŚWIADKA/ OSOBY POBIERAJĄCEJ PRÓBKĘ KRWI/ DBS / URINE SAMPLE WITNESS/ BCO/ DBS-DCO SIGNATURE					
M / U K / B D / D						A/B						1.0														
M / U K / B D / D						A/B						1.0														
M / U K / B D / D						A/B						1.0														
M / U K / B D / D						A/B						1.0														
M / U K / B D / D						A/B						1.0														
PRODUCENT ZESTAWÓW EQUIPMENT MANUFACTURER			MODEL SPRZĘTU DO POBIERANIA PRÓBEK DBS MODEL OF EQUIPMENT FOR DBS SAMPLES																							

DEKLARACJA NA TEMAT LEKÓW/ SUPLEMENTÓW/ TRANSFUZJI KRWI: PROSZĘ PODAĆ LISTĘ LEKÓW ORAZ SUPLEMENTÓW PRZYJĘTYCH NA RECEPTĘ I BEZ RECEPTY, WŁĄCZNIE Z MINERAŁAMI I WITAMINAMI, PRZYJĘTYCH W CIĄGU OSTATNICH 7 DNI (JEŚLI TO MOŻLIWE PROSZĘ PODAĆ Dawkę ORAZ datę ostatniego przyjęcia) ORAZ (JEŚLI PRÓBKA KRWI JEST POBIERANA) WYMIENIĆ WSZYSTKIE TRANSFUZJE Z OSTATNICH 6 MIESIĘCY.
DECLARATION OF MEDICATION, SUPPLEMENTS USE AND BLOOD TRANSFUSIONS: LIST ANY PRESCRIPTION/ NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS OR SUPPLEMENTS, INCLUDING VITAMINS AND MINERALS, TAKEN OVER THE PAST 7 DAYS (INCLUDE DOSAGE AND DATE LAST TAKEN WHERE POSSIBLE) AND (IF A BLOOD SAMPLE IS COLLECTED) ANY BLOOD TRANSFUSIONS RECEIVED OVER THE LAST 6 MONTHS.

ZÁŁĄCZNIK		NUMBER / NUMBER					
SUPPLEMENTARY REPORT FORM							

ZGODA NA PRZEPROWADZENIE BADAŃ NAUKOWYCH POPIERAJĄC WALKĘ Z DOPINGIEM W SPORCIE PRZEZ NIŻEJ ZŁOŻONY PODPIS WYRAŻAM ZGODĘ NA UŻYWANIE MOJEJ PRÓBKĄ DLA CELÓW NAUKOWYCH. PO PRZEPROWADZENIU WSZYSTKICH ANALIZ ANTYDOPINGOWYCH POBRANA ODE MNIE PRÓBKĄ MOŻE BYĆ PODDANA BADANIOM NAUKOWYM, Z ZASTRZEŻENIEM, IŻ NIE MOŻE BYĆ ZE MNĄ UTOŻSAMIANA.

CONSENT FOR RESEARCH IN ORDER TO HELP COMBAT DOPING IN SPORT, BY SIGNING BELOW I AGREE THAT MY SAMPLE MAY BE USED FOR ANTI-DOPING RESEARCH PURPOSES. WHEN ALL ANALYSES HAVE BEEN COMPLETED, AND MY SAMPLE WOULD OTHERWISE BE DISCARDED, IT MAY THEN BE USED BY ANY WADA-ACCREDITED LABORATORY FOR ANTI-DOPING RESEARCH FOR ANY TYPE, PROVIDED THAT IT CAN NO LONGER BE IDENTIFIED AS MY SAMPLE.

ZGADZAM SIĘ ☐ ODMAWIAM ☐
I ACCEPT I REFUSE

UWAGI POWINNY BYĆ ZAMIESZCZONE W TYM MIEJSCU. JEŚLI TO KONIECZNIE UŻYJ FORMULARZA UZUPEŁNIAJĄCEGO.
COMMENTS: ANY COMMENTS SHOULD BE NOTED HERE. IF NECESSARY CONTINUE ON A SUPPLEMENTARY REPORT FORM.

		NUMER / NUMBER					
ZAŁĄCZNIK	SUPPLEMENTARY REPORT FORM						

POTWIERDZAM, ŻE PROCES POBIERANIA PRÓBEK ZOSTAŁ PRZEPROWADZONY ZGODNIE Z OBOWIAZUJĄCYMI PROCEDURAMI / I CERTIFY THAT SAMPLE COLLECTION WAS CONDUCTED IN ACCORDANCE WITH THE RELEVANT PROCEDURES

PRZEDSTAWICIEL ZAWODNIKA <i>ATHLETE REPRESENTATIVE</i>		FUNKCJA <i>FUNCTION</i>		PODPIS <i>SIGNATURE</i>			
KONTROLER ANTYDOPINGOWY <i>DOPING CONTROL OFFICER</i>		PODPIS <i>SIGNATURE</i>		DATA <i>DATE</i>		GODZINA ZAKOŃCZENIA <i>TIME OF COMPLETION</i>	

OŚWIAADCZAM, ŻE PODANE PRZEZE MNIĘ W NINIEJSZYM PROTOKOLE INFORMACJE SĄ PRAWDZIWE ORAZ, ŻE ZGODNIE Z INFORMACJAMI PODANYMI W CZĘŚCI 3 PRÓBKĘ ZOSTAŁY POBRANE ZGODNIE Z WŁAŚCIWYMI PROCEDURAMI.

I DECLARE THAT THE INFORMATION I HAVE GIVEN ON THE DOCUMENT IS TRUE AND AS STATED IN PART 3 THE SAMPLES HAVE BEEN COLLECTED FROM ME IN ACCORDANCE WITH THE RELEVANT PROCEDURE

PODPIS ZAWODNIKA
ATHLETE'S SIGNATURE

POLSKA AGENCJA ANTYDOPINGOWA
UL. Fabryczna 5A: 00-446 Warszawa

Tel. +48 22 529 89 12
E-mail: biuro@antyddoping.pl / www.antyddoping.pl

POLISH ANTI-DOPING AGENCY
5A Fabryczna St.: 00-446 Warsaw, Poland

WERSJA 10/2022 POLADA

ORIGINAL - POLADA
ORIGINAL - POLADA

KOPIA 1- ZAWODNIK - RÓŻOWY
COPY 1 - ATHLETE - PINK

KOPIA 2- LABORATORIUM- NIEBIESKI
COPY 2- LABORATORY- BLUE