



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 PÓŹNIEJ 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)	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		
KREW BLOOD	NE DOTYCZY N/A	1/2	KOD PRÓBKĘ KRWI / BLOOD SAMPLE CODE NUMBER	GODZINA POBRANIA PRÓBKĘ TIME OF COLLECTION							
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 T U E TAK YES <input type="checkbox"/> NI NO <input type="checkbox"/>											
SUBSTANCJA, DAWKA: SUBSTANCE, DOSAGE:											
ZALĄCZNIKI? ATTACHEMENTS?											
NE DOTYCZY N/A											
LICZBA ZALĄCZNIKÓW NO. OF ATTACHEMENTS											

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

UWAGI / COMMENTS									
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. 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.									
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 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 PRÓBKİ 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					NAZWA ZAWODÓW EVENT				
PODPIS ZAWODNIKA ATHLETE'S SIGNATURE										IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZAWIADAMIĄJĄCEJ DCO / CHAPERONE NAME					ZGŁOSIĆ SIĘ NIE PÓŹNIEJ NIŻ REPORT NO LATER THEN				
										PODPIS OSOBY ZAWIADAMIĄJĄCEJ 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 ZAWODACH IN COMPETITION	<input type="checkbox"/>	GODZINA PRZYBYCIA DO PUNKTU KONTROLNEGO ARRIVAL TIME AT DOPING CONTROL STATION	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
EPO	<input type="checkbox"/>	VOL(ml)	<input type="text"/>	CIEŻAR WŁĄSCWY / 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 PRÓBKĘ 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 ZAWIADAMIAJĄCEJ DCO / CHAPERONE NAME <input type="text"/>				PODPIS OSOBY ZAWIADAMIAJĄCEJ DCO / CHAPERONE SIGNATURE <input type="text"/>			ZGŁOSIĆ SIĘ NIE PÓŹNIEJ NIŻ REPORT NO LATER THEN <input type="text"/>				