

Όνομα (αριθμός) (αριθμός) (Τ.Κ.) (Δήμος) (Πατρώνυμο)

Κιν.: Email:

Δεν διαθέτω Ελληνικό ΑΜΚΑ

Όνομα: (Συμπληρώνεται από τον/την αιμοδότη/αιμοδότρια)

Όνομα

Όνομα Ομάδας Εθελοντών

Αρ. Μητρώου Συλλόγου/Ομάδας Εθελοντών Αιμοδοτών: _____
Σύλλογος/Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών: ΑΣΗΜΤΙΚΟΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ «ΑΣΗΜΤΙΚΟΙ»
Αρ. Μητρώου 12.294

Όνομα Εθελοντών Αιμοδοτών

Όνοματεπώνυμο ασθενή: _____ Πατρώνυμο: _____
Νοσοκομείο νοσηλείας: _____ Κλινική: _____

Όνομα

Όνομα Δυνάμεις

Στρατόπεδο αιμοληψίας: _____

Παρακαλώ να εκδοθεί στο όνομά μου ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΕΘΕΛΟΝΤΗ/ΝΤΡΙΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ/ΤΡΙΑΣ (για όσους προσφέρουν αίμα για ασθενή)

ΠΡΟΣΟΧΗ! – ΠΟΙΟΣ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΩΣΕΙ ΑΙΜΑ