

ΔΗΛΩΣΗ ΕΘΕΛΟΝΤΗ ΔΟΤΗ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....

A.M.

--	--	--	--	--

Υπάλληλος ΤτΕ Συνταξιούχος ΤτΕ ΆΛΛΟ

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ :/...../19.....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΟΔΟΣ.....ΑΡ.....

ΤΑΧ. ΚΩΔ.....ΠΟΛΗ.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

ΚΙΝΗΤΟ:.....ΦΑΞ:.....

e-mail.....

Με την παρούσα δηλώνω ότι επιθυμώ να συμμετάσχω στην Τράπεζα Δοτών Αιμοπεταλίων του ΑΤΠΣΥΤΕ σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία στη χώρα μας και την Ευρωπαϊκή Ένωση. Εξουσιοδοτώ με την παρούσα το ΑΤΠΣΥΤΕ να προβεί σε κάθε νόμιμη ενέργεια, ώστε να καταχωρηθώ ως εθελοντής δότης αιμοπεταλίων στην Τράπεζα του ΓΠΝΑ «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ».

ΠΟΛΗ..... ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ...../...../201...

.....

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)