

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΠΟΛΙΤΩΝ ΓΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ

ΜΕΡΟΣ Α'

Ο/Η υπογράφων-σα: _____

Αριθμός Ταυτότητας _____

Ημ/γία γέννησης: _____

Διεύθυνση κατοικίας: _____

Ωρα ραντεβού Αιμοδοσίας: _____

Δηλώνω ότι η μετακίνηση πραγματοποιείται με σκοπό :

ΜΕΡΟΣ Β'

- B1** Μετάβαση στην Αιμοδοσία ΠΑΓΝΗ για αιμοδοσία ή αιμοπεταλιαφαίρεση
Τηλέφωνο επικοινωνίας: 2813402482
- B2** Μετάβαση στο σταθμό Αιμοδοσίας της Περιφέρειας (Πλατεία Ελευθερίας)
Τηλέφωνο επικοινωνίας: 2813400390
- B3** Μετάβαση στο σταθμό Αιμοδοσίας του Δήμου Μαλεβιζίου (Πλατεία Δημαρχείου)
Τηλέφωνο επικοινωνίας: 2813400684
- B4** Μετάβαση στο σταθμό Αιμοδοσίας του Δήμου Φαιστού (Δημοτικό Μέγαρο)
Τηλέφωνο επικοινωνίας: 2892340275
- B5** Μετάβαση σε κινητό συνεργείο Αιμοδοσίας της περιοχής _____

Τόπος _____

Υπογραφή

Ημερομηνία _____

Ο/Η Δηλών-ούσα _____

