

για ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥΣ

Αίτηση Χορήγησης Μονάδων Αίματος

## ΑΙΤΗΣΗ

Επώνυμο: .....

Όνομα: .....

Όνομα πατρός: .....

Διεύθυνση, οδός: .....

ΤΚ-Πόλη: .....

Κλάδος: .....

Οργανική Θέση: .....

Τηλέφωνο σταθερό: .....

Τηλέφωνο κινητό: .....

**ΠΡΟΣ:**

τον Διευθυντή  
του 13<sup>ο</sup> Εσπ. ΕΠΑ.Λ. Θεσσαλονίκης  
ως Διαχειριστή της Ομάδας Εθελοντών  
Αιμοδοτών  
«13<sup>ο</sup> Εσπ. ΕΠΑ.Λ. Θεσσαλονίκης»  
Μοναστηρίου 169-171  
546 27 Θεσσαλονίκη

Παρακαλώ να χορηγήσετε:

..... (.....) φιάλες (μονάδες) αίματος

στον ασθενή: .....

..... (όνομα και επώνυμο)

του ..... (πατρώνυμο)

που νοσηλεύεται στην .....

Κλινική στο Νοσοκομείο: .....

και θα χειρουργηθεί στις .....

Ο ασθενής είναι συγγενής μου και  
συγκεκριμένα .....

.....

Ο/Η αιτών/ούσα,

(ονοματεπώνυμο και υπογραφή)

**ΘΕΜΑ:** Χορήγηση μονάδων αίματος

.....

Θεσσαλονίκη, .....-.....-.....