

για ΜΑΘΗΤΕΣ

Αίτηση Χορήγησης Μονάδων Αίματος

ΑΙΤΗΣΗ

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα πατρός:

Διεύθυνση, οδός:

ΤΚ-Πόλη:

Τηλέφωνο σταθερό:

Τηλέφωνο κινητό:

ΠΡΟΣ:

τον Διευθυντή
του 13^ο Εσπ. ΕΠΑ.Λ. Θεσσαλονίκης
ως Διαχειριστή της Ομάδας Εθελοντών
Αιμοδοτών
«13^ο 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,-.....-.....