



Gruppo Donatori Sangue
Francesco Olgiati ODV



DOMANDA DI ISCRIZIONE AL GRUPPO DONATORI

Il sottoscritto

NOME COGNOME

DATA DI NASCITA LUOGO PROVINCIA

INDIRIZZO RESIDENZA

CITTA' CAP PROVINCIA

Sesso M F C.F. _____

Se appartiene ad una delle seguenti categorie, sbarrate cortesemente la categoria di appartenenza:

Dipendente U.C.S.C./ Fondazione Policlinico A. Gemelli

Studente U.C.S.C. matricola _____

Specializzando U.C.S.C. matricola _____

Socio Aggregato

INDIRIZZO DOMICILIO

CITTA' CAP PROVINCIA

TELEFONO

MAIL

Chiede di essere iscritto/a al Gruppo Donatori Sangue F. Olgiati come Donatore/Donatrice periodico/a, socio aggregato.

Roma, _____

FIRMA