



DOMANDA DI ISCRIZIONE AL GRUPPO DONATORI

Il sottoscritto

NOME

COGNOME

DATA DI NASCITA

LUOGO

PROVINCIA

Sesso M F

CF _____

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

Studente U.C.S.C.

Specializzando U.C.S.C

Socio Aggregato

INDIRIZZO

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