



Nº DE DONANTE:
GRUPO ABO/RH:
FECHA DE ALTA:

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

1^{er} APELLIDO: _____ 2º APELLIDO: _____

NOMBRE: _____

SEXO: Hombre Mujer D.N.I.:

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO

CALLE: _____ Nº _____ PISO: _____

BLOQUE: _____ ESCALERA: _____ LETRA: _____

POBLACIÓN: _____

PROVINCIA: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

PROFESIÓN: _____

TELÉFONO DOMICILIO: _____

TELÉFONO MÓVIL: _____

TELÉFONO TRABAJO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

SOLICITA: Su inscripción en la **HERMANDAD DE DONANTES DE SANGRE DE MELILLA**, a cuyo fin declara encontrarse totalmente identificado con los fines altruistas de la misma y conocer los motivos que impiden la donación de sangre.

LOS DATOS RECOGIDOS EN ESTE BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN SON DE CARÁCTER CONFIDENCIAL.

Melilla, a _____ de _____ de _____

Firma

SR. PRESIDENTE DE LA HERMANDAD DE DONANTES DE SANGRE DE MELILLA

Centro de Salud: Zona Centro
C/ Cuerpo Nacional de Policía, nº 4
52001 MELILLA

Teléfonos: 951 320 224 - 951 320 225
E-mail: : ctransfusion.hcml@insalud.es
Dirección Web: www.donasangremelilla.com