

**ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΛΥΨΗΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΟΝΟΜΑ ΣΥΛΛΟΓΟΥ.....

ΟΝΟΜΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ.....

ΟΝΟΜΑ ΑΙΜΟΔΟΤΗ .....

ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

.....ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ.....

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ .....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΟΝΑΔΩΝ.....

ΤΗΛ ΕΠΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ....., ΦΑΞ.....

E-MAIL.....