

ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΛΥΨΗΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΟΝΟΜΑ ΣΥΛΛΟΓΟΥ.....

ΟΝΟΜΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ.....

ΟΝΟΜΑ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ.....

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΟΝΑΔΩΝ.....

ΤΗΛ ΕΠΒΕΒΑΙΩΣΗΣ, ΦΑΞ.....

E-MAIL.....