Associazione Donatori Sangue
Ospedale L. Sacco
Via G. B. Grassi,74 - 20157 Milano
Tel 02/3904.2934 - .2028 - .2468
www.hsos-donatori.org
hsos@asst-fbf-sacco.it

HSOS
OSPEDALE SACCO
OBIETTIVO SANGUE

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Io sottoscritto: Cognome _____ Nome _____

Nato/a a_____Prov._____il_____

Abitante a_____Prov._____Cap._____

Via_____n°_____

Telefono casa _____Telefono cellulare_____

Telefono lavoro_____Professione_____

E-mail_____PEC_____

Cod. Fiscale_____Cod. Assistito Asl_____

IMPORTANTE: COMPILARE E FIRMARE ANCHE LA PARTE SOTTOSTANTE

AUTORIZZO HSOS-OSPEDALE SACCO OBIETTIVO SANGUE ALL'INVIO DI TUTTE LE COMUNICAZIONI INERENTI L'ASSOCIAZIONE AL SEGUENTE INDIRIZZO:

E-MAIL----------

Data …… Firma …….

Chiedo di essere iscritto come socio donatore effettivo presso codesta Associazione e dichiaro di accettare integralmente le norme di Statuto e regolamento Associativo che è disponibile sul sito: WWW.HSOS-DONATORI.ORG. Dichiaro di non essere sollecitato da interessi economici né di essere iscritto ad altre Associazioni di Donatori di Sangue e, ai sensi e per gli effetti della Dlgs 196/2003, esprimo il consenso al trattamento ed alla comunicazione, nelle forme e nei imiti consentiti dalle norme vigenti, dei dati sensibili.

(Da compilare a cura dell'Associazione)

CAI n°: …….

Tessera rilasciata il: …….

Donazioni precedenti: …….