|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  KAN BAĞIŞÇISI KAYIT FORMU**........................................ KAN BAĞIŞ MERKEZİ** |  |
| DK.FR.12 | Y.TARİHİ.05.01.2017 | REV.01 | REV.TARİH 09.06.2017 | SAYFA 1/1 |

 **Bugünün Tarihi:** . .



|  |
| --- |
| **Kan Bağışçısı Adayının Kimlik Bilgileri** |
| T.C.Kimlik No:            |
| Adı |  |
| Soyadı |  |
| Doğum Tarihi |  .  .     (Gün.Ay.Yıl) |
| Doğum Yeri (İl) |  |
| **Kan Bağışçısı Adayının İletişim Bilgileri** |
| **Adres** |
| İl | (İkamet Ettiğiniz Şehrin Adını Yazınız) |
| İlçe | (Merkez İlçe İse, Merkez Yazınız) |
| Mahalle |  |
| Cadde | (Adresinizde Bir Cadde Yoksa, Boş Bırakınız) |
| Sokak |  |
| Bina No ve Adı | (Bina Numarası ve Binanın Adını Yazınız) |
| Posta Kodu |      (Bilmiyorsanız, Boş Bırakınız) |
| **Diğer İletişim Bilgileri** |
| Cep Telefonu |           |
| Ev telefonu |           |
| İş Telefonu |           |
| E-posta Adresi |  |
| **Diğer Kişisel Bilgiler** |
| Cinsiyetiniz | Erkek Kadın |
| Medeni Haliniz | Evli Bekar |
| Eğitim Durumunuz | Yok İlkokul Ortaokul Lise Üniversite |
| Mesleğiniz |  |
| Kan Bağışı Geçmişi | Hayatımda İlk Kez Kan Bağışlıyorum Daha Önce Kan Bağışı Yaptım |
|  | Bir Sonraki Kan Bağış Tarihim Yaklaştığında Cep Telefonuma Kısa Mesajla Bildirilmesini İstiyorum |

Yukarıda belirtmiş olduğum kimlik, iletişim ve diğer bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

İmza