|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  Επώνυμο:………………………….  Όνομα:…........................................  Όνομα πατέρα:…………………….  Όνομα μητέρας:……………………  Κλάδος:……………………………  Δ/νση κατοικίας:………………….  Τηλ. κατοικίας:……………………  Κινητό τηλ.:………………………  ΑΦΜ:……………………………..  Σχολείο/α που υπηρετεί………………..  …………………………………………  **Θέμα: «Χορήγηση άδειας αιμοδοσίας»**  ………………………………………………  *(Τόπος) (Ημερομηνία)* | **ΠΡΟΣ:**  ……………………………………………………….    Παρακαλώ να μου χορηγήσετε **άδεια** **αιμοδοσίας** ……....................... (.....) ημερ..... και συγκεκριμένα από ...../...../........ μέχρι ....../...../..........  Ημερομηνία αιμοδοσίας: ………/………../…………..  Σημειώστε με **√**:   |  |  | | --- | --- | | *Θα προσκομίσω βεβαίωση αιμοδοσίας* |  | | *Έχω προσκομίσει βεβαίωση αιμοδοσίας* |  |   (σημειώστε **Χ** στα τετραγωνίδια που σας αφορούν)  □ ανταποκρινόμενος σε πρόσκληση για κάλυψη έκτακτης ανάγκης  □ συμμετέχοντας σε οργανωμένη ομαδική αιμοληψία  □ προσερχόμενος από δική μου πρωτοβουλία στο κέντρο αιμοληψίας  **Ο/Η Αιτ.......**  ................................ |
|  |  |