

# HOSPITAL DE SIDI IFNI

Servicio de Hematología y Hemoterapia

CARNET DE IDENTIDAD DEL DONANTE N.º .....

*D.* .....

*Profesión* .....

*Domicilio* .....

*Edad* .....

*Fecha de inscripción* .....



FOTO

Grupo	
-------	--

El donante,

El Jefe del Servicio,

**HOSPITAL DE SIDI IFNI**

---

**SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA**



**CARNET DE DONANTE**

