



Doküman Kodu: TH.FR.020

Yayın Tarihi: 15.09.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 1 / 1

Tarih:	
Kan Bağışçısı Adayının Kimlik Bilgileri	
TC Kimlik No	
Adı Soyadı	
Doğum Tarihi	(Gün.Ay.Yıl)
Doğum Yeri (il)	
Kan Bağışçısı Adayının İletişim Bilgileri	
Adres:	
İl	(İlkamet 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	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
Medeni Haliniz	<input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar
Eğitim Durumunuz	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite
Mesleğiniz	
Kan Bağışı Geçmişi	<input type="checkbox"/> Hayatımda İlk Kez Kan Bağışlıyorum <input type="checkbox"/> Daha Önce Kan Bağışı Yaptım
<input type="checkbox"/>	Bir Sonraki Kan Bağış Tarihim Yaklaştığında Cep Telefonuma Kısa Mesajla Bildirilmesini İstiyorum.

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

AD-SOYAD İMZA: