(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
KAN BAĞIŞÇISI KAYIT FORMU

Doküman Kodu: KBY.FR.025	Yayın Tarihi: 28.11.2026	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	(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.
AD-SOYAD İMZA: