



Comunale di:

MOD. M

ASSOCIAZIONE VOLONTARI ITALIANI SANGUE ODV

Indirizzato a: ASSESSORATO ALLA SANITA'
REGIONE ABRUZZO
3° DIPARTIMENTO SETTORE SANITA'
Ufficio Regionale Attività Trasfusionali
Via Conte di Ruvo, 74
65125 - PESCARA

Data _____

Con la presente si certifica che il totale dei soci donatori effettivi, iscritti alla nostra Associazione, che hanno effettuato le donazioni sottoindicate e certificate dai Responsabili dei Centri Trasfusionali e Centri Raccolta Sangue per l'anno _____, è pari a N. _____.

RIEPILOGO DONAZIONI EFFETTUATE (DA DONATORI ASSOCIATI E OCCASIONALI)
PRESSO STRUTTURE TRASFUSIONALI DELLA REGIONE ABRUZZO ED
EXTRAREGIONALI. PER L'ANNO _____

STRUTTURA TRASFUSIONALE	DONAZIONI SANGUE INTERO	DONAZIONI PLASMAFERESI	DONAZIONI CITOAFERESI MULTICOMPONENTI	DONATORI ASSOCIATI ANNO _____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
TOTALE	_____	_____	_____	_____

Si allega certificazione delle Strutture Trasfusionali

In Fede

Il Presidente
