

## ПРИЈАВА ЗА РЕГИСТАР ДАВАЛАЦА КОСТНЕ СРЖИ

Презиме \_\_\_\_\_

Име \_\_\_\_\_

Име оца \_\_\_\_\_

Занимање \_\_\_\_\_

Датум рођења \_\_\_\_\_ Место рођења \_\_\_\_\_

Пол: М / Ж    Висина \_\_\_\_\_    Тежина \_\_\_\_\_    Која је Ваша крвна група?

\_\_\_\_\_

Националност \_\_\_\_\_

Овај податак је потребан да би нам помогао у проналажењу најбоље подударности за болесника одређене етничке припадности.

### АДРЕСА

Место \_\_\_\_\_ Поштански број \_\_\_\_\_

Улица и број \_\_\_\_\_

Телефон: кућни \_\_\_\_\_; на послу \_\_\_\_\_; мобилни \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

*Молимо Вас да нас обавестите о промени адресе или броја телефона.*

Уколико желите, молимо Вас да нам дате и податке о адреси особе (**члан фамилије или пријатељ**) преко које Вас можемо пронаћи уколико промените адресу или број телефона. Ови подаци ће бити коришћени само да би смо ступили у контакт са Вама уколико буде неопходно тј. уколико не будемо у могућности да ступимо у контакт преко Ваше адресе.

Презиме и име \_\_\_\_\_

Место \_\_\_\_\_ Поштански број \_\_\_\_\_

Улица и број \_\_\_\_\_

Телефон кућни \_\_\_\_\_; на послу \_\_\_\_\_; мобилни \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_