

A: **STATO MAGGIORE DELLA DIFESA**
ISPETTORATO GENERALE DELLA SANITA' MILITARE
Ufficio di Direzione e Coordinamento del Servizio Trasfusionale Militare
E.mail: trasfusionale@igesan.difesa.it

A: **CENTRO REGIONALE SANGUE (CRS)** _____
E.mail:

ALLEGATO B: SCHEDA ATTIVITA' RACCOLTA

SIMT o ST/UdR (ASSOC.DON.)

Ente/Comando Militare	Indirizzo	Data atto autorizzativo Ispettorato Generale della Sanità Militare	Data di raccolta di sangue	Numero di donazioni	Referente ed indirizzo e-mail

DATA

FIRMA E TIMBRO