

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