

KAN BAĞIŞÇISI KAYIT FORMU

..... KAN BAĞIŞ MERKEZİ

Bugünün Tarihi:

Kan Bağışçısı Adayının Kimlik Bilgileri	
T.C.Kimlik No:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adı	<input type="text"/>
Soyadı	<input type="text"/>
Doğum Tarihi	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Gün.Ay.Yıl)
Doğum Yeri (İl)	<input type="text"/>
Kan Bağışçısı Adayının İletişim Bilgileri	
Adres	
İl	(İkamet Ettiğiniz Şehrin Adını Yazınız)
İlçe	(Merkez İlçe İse, Merkez Yazınız)
Mahalle	<input type="text"/>
Cadde	(Adresinizde Bir Cadde Yoksa, Boş Bırakınız)
Sokak	<input type="text"/>
Bina No ve Adı	(Bina Numarası ve Binanın Adını Yazınız)
Posta Kodu	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Bilmiyorsanız, Boş Bırakınız)
Diğer İletişim Bilgileri	
Cep Telefonu	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Ev telefonu	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
İş Telefonu	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
E-posta Adresi	<input type="text"/>
Diğer Kişisel Bilgiler	
Cinsiyetiniz	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
Medeni Haliniz	<input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar
Eğitim Durumunuz	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite
Mesleğiniz	<input type="text"/>
Kan Bağışı Geçmişi	<input type="checkbox"/> Hayatımda İlk Kez Kan Bağışlıyorum <input type="checkbox"/> Daha Önce Kan Bağışı Yaptım
<input type="checkbox"/>	Bir Sonraki Kan Bağış Tarihim Yaklaştığında Cep Telefonuma Kısa Mesajla Bildirilmesini İstiyorum

Yukarıda belirtmiş olduğum kimlik, iletişim ve diğer bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

İmza