FECHA: / /

**SOLICITUD DE AFILIACION AL SEGURO DE BANCO DE SANGRE**

**PARA PROVISION DE HEMOCOMPONENTES SANGUÍNEOS**

**DATOS DEL TITULAR DE LA FACTURACION:**

NOMBRE TITULAR:……. HABITA EN EL DOMICILIO: SI - NO

CUENTA/SUMINISTRO Nº……

**DATOS DEL BENEFICIARIO TITULAR DEL SERVICIO:**

NOMBRE TITULAR:……. DNI:……..

GRUPO Y FACTOR…… FECHA DE NACIMIENTO:……..

DOMICILIO: ……

TELEFONO: …… CEL: ……..

EMAIL: ……

**CONVIVIENTES BENEFICIARIOS DEL BANCO DE SANGRE**

| APELLIDO Y NOMBRE | PARENTESCO | FECHA DE NAC. | GRUPO Y FACTOR | Nº DOCUMENTO |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**ME COMPROMETO A DECLARAR CUALQUIER MODIFICACION DE LOS DATOS INFORMADOS.**

…… …… ……..

FIRMA DEL TITULAR ACLARACION DNI