

Με τη συμπλήρωση της φόρμας αυτής δηλώνεται το ενδιαφέρον για εγγραφή ως σημείο στρατολόγησης εθελοντών δοτών μυελού των οστών του Καραϊσκάκειου Ιδρύματος.

1. Στοιχεία Συνεργαζόμενου Σημείου

Όνομασία Κλινικού Εργαστηρίου: _____

Διεύθυνση: _____

Πόλη / Επαρχία: _____ Τηλέφωνο: _____

Email: _____

2. Υπεύθυνος Σημείου Στρατολόγησης

Όνοματεπώνυμο: _____

Θέση / Ιδιότητα: _____

Τηλέφωνο επικοινωνίας: _____ Κινητό: _____

Email: _____

3. Στοιχεία Λειτουργίας Σημείου

Ημερομηνία έναρξης λειτουργίας σημείου στρατολόγησης: _____

Ωράριο κατά το οποίο μπορούν να γίνονται εγγραφές δοτών: _____

Διαθέσιμος χώρος για ενημέρωση / εγγραφή δοτών: ΝΑΙ ΟΧΙ

4. Εκπαίδευση Προσωπικού

Όνοματεπώνυμο προσωπικού που θα συμμετέχει στη διαδικασία εγγραφής δοτών:

1. _____

2. _____

3. _____

Η εκπαίδευση θα παρέχεται από το Καραϊσκάκειο Ίδρυμα.

5. Δήλωση Συνεργασίας

Το συνεργαζόμενο σημείο δηλώνει ότι θα υποστηρίξει τη διαδικασία ενημέρωσης και εγγραφής εθελοντών δοτών μυελού των οστών, σύμφωνα με τις οδηγίες και τις διαδικασίες του Καραϊσκάκειου Ιδρύματος και τη σχετική νομοθεσία περί προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Για το συνεργαζόμενο σημείο

Όνοματεπώνυμο: _____

Υπογραφή: _____

Ημερομηνία: _____

Για το Καραϊσκάκειο Ίδρυμα

Όνοματεπώνυμο: _____

Υπογραφή: _____

Ημερομηνία: _____