



Promesse de don

QUEL QUE SOIT VOTRE GROUPE SANGUIN,
DONNEZ VOTRE SANG !

A, B, O,
CERTAINES LETTRES
ONT PLUS DE POUVOIR
QUE D'AUTRES.



Veuillez s'il vous plaît renseigner les champs ci-dessous :

Vos coordonnées :

☐ Mme ☐ M.

*Nom d'usage (marital) : _____

*Nom de naissance : _____

*Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

*Téléphone - Fixe : _____ Portable : _____

Email : _____

Votre profil :

*Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____

*Lieu de naissance (ville + pays) : _____

Vos 2 choix de lieu pour votre prochaine invitation au don :

Commune 1 : _____

Commune 2 : _____

Votre prochain don :

Inscription :



Le : _____

     **#JMDS #MissingType**

PRÉSERVEZ VOTRE POUVOIR
DONNEZ VOTRE SANG



dondesang.efs.sante.fr

* Champs obligatoires. ** Don Volontaire de Moelle Osseuse.

Les informations recueillies au titre de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à l'EFS pour vous inviter aux collectes organisées sur le lieu où vous avez manifesté vouloir donner votre sang, dans le cadre de ses activités de promotion du don de sang, plasma et plaquettes. Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Directeur de l'établissement de transfusion sanguine de la région dont dépend le site de collecte.