



Седалище: 9000 Варна, Бул. "Сливница" № 69

За кореспонденция: 1407 София, бул. "Черни връх" 51

Булстад: 103883923

Тази информация ще бъде съхранена в нашите компютри за вътрешно ползване и няма да бъде достъпна за никой извън БАТО

Ако по някаква причина не желаете съхраняването на тази информация, моля отбележете тук:

ЛИЧНИ ДАННИ

Име:

Презиме:

Фамилия:

Адрес:

.....

.....

Пощ.код:

Професия:

Членски внос за гласуващи членове / пациенти и родители/

Членски внос за асоциирани членове

ЗА КОНТАКТ

Дом.тел.:

Служ. тел. :

Моб. тел. :

Факс :

Е- майл :

Вие сте: Пациент:

Родител/ Роднина

Мед. специалист

Асоциация

Друг / моля пояснете/.....

Годишно: 60 лв

Годишно: 40 лв

АКО СТЕ ПАЦИЕНТ ИЛИ РОДИТЕЛ НА ПАЦИЕНТ МОЛЯ ПОПЪЛНЕТЕ СЛЕДВАЩИТЕ ДАННИ.

Име на пациента:

Дата на раждане:..... мъж жена

Вид Таласемия:

Болница в която се провежда терапията:

Адрес на болничното заведение:

Име на лекуващ лекар: Личен лекар:

Тел. на лекуващ лекар: Тел. на личния лекар:

**КРЪВ,
КОЯТО
СЕ**

ПРЕЛИВА:

Пълноценна

Обезлефко
цитена

Двойно
промита
еритроцити

Филтри
рана

**Желязо-
Хелатираща
терапия**

Десферал

Деферипрон
L1

Десферал
&
Деферипрон

Периодичност на
кръвопреливане :

Единици кръв

Кръвна група:

ЗА ОФИС ПОЛЗВАНЕ:

Входящ номер:

Дата на приемане в организацията :.....

Дата на плащане:

Подпис: