



Promesse de don

PARTAGEZ VOTRE POUVOIR,
DONNEZ VOTRE SANG !



Veillez 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 : / /



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.