



Centro Regional de Transfusión
Banco Sectorial de Tejidos. Málaga
Banco de Sangre de Cordon Umbilical. Andalucía
Servicio Andaluz de Salud
Consejería de Salud

SOLICITUD DONACIÓN VOLUNTARIA DE SANGRE DE CORDON UMBILICAL

Nombre del centro o fuente donde ha recibido la información de la donación:

Atención primaria (Centro de Salud)

Consulta de Ginecología

Cursos de Formación al parto

Pagina Web

Ciudad : _____ Tlf.: _____ Fax : _____

DATOS DE LA DONANTE :

Apellido 1 : _____ Apellido 2 : _____

Nombre : _____ DNI _____

Dirección : _____

Población : _____ Provincia : _____

C. Postal : (_____) Teléfono : _____

Semanas gestación : _____ Fecha prevista Parto : _____

Maternidad prevista donde realizar la donación _____

Fecha Solicitud : _____

Enviar este formulario al Banco de Cordón de Málaga por alguna de las distintas modalidades:

Fax 951 034106

Correo electrónico: banco.cordon.sspa@juntadeandalucia.es

Formulario: BTC-F-39A

Firma de la donante

Fdo.: _____