ОБРАЗАЦ 2

ЕВИДЕНЦИЈЕ О СПИСКУ БОЛНИЧКИХ БАНАКА КРВИ КОЈЕ ОВЛАШЋЕНА ТРАНСФУЗИОЛОШКА УСТАНОВА СНАБДЕВА

Назив овлашћене трансфузиолошке установе:	
Временски период за који се води евиденција:	

Назив болничке банке крви	Седиште			Директор			Одговорни трансфузиолог		
	град	општина	адреса	име и презиме	контакт телефон	е-маил	име и презиме	контакт телефон	е-маил

Овлашћено лице:

Одговорни трансфузиолог:

Датум: