

DECLARAÇÃO DE DESLOCAÇÃO OBRIGATÓRIA

Nome: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Cartão de Cidadão: _____

Para os devidos efeitos declaro a necessidade de deslocação a:

Centro de Sangue e Transplantação de Coimbra – Área da Transplantação, sito na Rua Escola Inês de Castro – S. Martinho do Bispo – 3040-226 Coimbra;

a fim de efetuar:

- Análises Clínicas no âmbito do Programa Nacional de Transplantação
- Acompanhar um Doente
- Testes de Compatibilidade como Dador de Medula Óssea

Coimbra, ____ / ____ / ____

Assinatura: _____