



Da compilarsi a cura del corriere

DATI PAZIENTE/DONATORE

Codice Paziente:
GRID:

DATI RACCOLTA LINFOCITI

Data della raccolta:	Data e ora di pick-up:
----------------------	------------------------

DATI CORRIERE

Corriere (Nome e Cognome):	Nazionalità:
Carta di identità n°:	Data scadenza:
Telefono h. 24:	
Autista* (Nome e Cognome):	
* da compilarsi solo in caso di trasporto con autoveicolo	

SISTEMAZIONE ALBERGHIERA (se prevista):

<p>Il corriere necessita di prenotazione alberghiera. Vi chiediamo cortesemente di prenotare una stanza per n°.....notti con arrivo il</p>
<p>Il corriere non necessita di prenotazione alberghiera. Il corriere sarà rintracciabile presso il seguente recapito (specificare indirizzo e telefono):</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

PIANO DI VIAGGIO VERSO IL CENTRO DI RACCOLTA

Mezzo utilizzato:	aereo	treno	autoveicolo	
Volo/Treno n°:	Da:	A:	Partenza – Data e ora	Arrivo – Data e ora

Italian Bone Marrow Donor Registry

Form C2_1 (V5 2/2 Agosto 2021)



*- Trasporto linfociti -
Piano di viaggio
del corriere*

DATI PAZIENTE/DONATORE

Codice Paziente:
GRID:

PIANO DI VIAGGIO VERSO IL CENTRO TRAPIANTI

Mezzo utilizzato:	aereo	treno	autoveicolo	
Volo/Treno n°:	Da:	A:	Partenza – Data e ora	Arrivo – Data e ora

PIANO DI BACK-UP VERSO IL CENTRO TRAPIANTI

Mezzo utilizzato:	aereo	treno	autoveicolo	
Volo/Treno n°:	Da:	A:	Partenza – Data e ora	Arrivo – Data e ora

DATI CONSEGNA DEL PRODOTTO

Data e ora previsti per la consegna dei linfociti raccolti

NOTE PARTICOLARI

.....

Completato da:	Ditta:
Firma:	Data: