

जिलाधिकारी/मुख्य चिकित्साधिकारी द्वारा आउटडोर स्वैच्छिक रक्तदान शिविरों की अनुमति हेतु
प्रारूप

आवेदन पत्र प्रपत्र- C-2

(रक्तकोष द्वारा भरा जाय)

1. रक्तकोष का नाम:-----SBTC Reg. No.:-----
- रक्तकोष का पूर्ण पता:-----
-----पिन नं.:-----
 - फोन नं./मोबाइल नं.:-----ई-मेल:-----
 - रक्तकोष का प्रकार: चैरिटेबल/वालण्टरी: ----- चिकित्सालय आधारित: -----
 - रक्तकोष लाइसेंस संख्या:-----
 - रक्तकोष लाइसेंस की वैधता अवधि: ----- से----- तक
 - वर्तमान में रक्तकोष लाइसेंस वैध है: हॉ----- नहीं:-----
2. रक्तकोष संचालित करने वाली संस्था (सोसाइटी/ट्रस्ट) का नाम:-----
- संस्था का पूर्ण पता:-----
-----पिन नं.:-----
 - फोन नं./मोबाइल नं.:-----ई-मेल:-----
 - संस्था का प्रकार: सोसाइटी/ट्रस्ट/अन्य:----- पारिवारिक सोसाइटी/ट्रस्ट:----- चैरिटेबल/वालण्टरी:-----
 - संस्था के पंजीकरण की संख्या: -----
 - संस्था की पंजीकरण अवधि (तिथि): ----- से ----- तक
 - संस्था का पंजीकरण वर्तमान में वैध है: हॉ----- नहीं-----
3. आवेदनकर्ता का नाम:-----
- पूर्ण पता:-----
-----पिन नं.:-----
 - फोन नं./मोबाइल नं.:-----ई-मेल:----- आधार नं0-----
4. स्वैच्छिक रक्तदान शिविर लगाने हेतु रक्तकोष द्वारा नामित स्टाफ की सूची:-
- 1) चिकित्साधिकारी/पैथालोजिस्ट(1) : 1. -----
 - 2) स्टाफ नर्स/Phlebotomist (2) : 1. -----2. -----
 - 3) डोनर मोटीवेटर हेतु परामर्शदाता (1) : 1. -----
 - 4) मेडिकल सोशल वर्कर (MSW) (1) : 1. -----
 - 5) रक्तदान शिविरों हेतु नामित लैब टैक्नीशियन (3): 1. ----- 2. -----3. -----
 - 6) सहायक (Attendant) (2) : 1. ----- 2. -----

5. आउटडोर शिविरों हेतु ब्लड ट्रांसपोर्टेशन वैन/ब्लड मोबाइल बस या अन्य का विवरण:-----

6. रक्तकोष द्वारा प्रस्तावित आउटडोर स्वैच्छिक रक्तदान शिविरों का विवरण:-

क्र०	दिनांक	शिविर स्थल	रक्तदान में सहयोग करने वाली संस्था का नाम	संस्था के व्यवस्थापक का नाम एवं मो०नं०	शिविर में अनुमानित कुल रक्त यूनिट संख्या
1.					
2.					
3.					

दिनांक:-----

रक्तकोष प्रभारी के हस्ताक्षर व मुहर

-----रक्तकोष की प्रति-----

(जिलाधिकारी/मुख्य चिकित्साधिकारी कार्यालय द्वारा भरा जाय)

----- रक्तकोष को सम्यक् विचारोपरान्त
दिनांक: ----- हेतु कुल: ----- आउटडोर स्वैच्छिक रक्तदान शिविरों
की अनुमति प्रदान की जाती है।

दिनांक:-----

जिलाधिकारी/मुख्य चिकित्साधिकारी के हस्ताक्षर व मुहर

नोट:- 1. मूलप्रति जिलाधिकारी/मुख्य चिकित्साधिकारी के कार्यालय में सुरक्षित रखी जाय तथा रक्तकोष की प्रति अनुमति उपरान्त रक्तकोष को दे दी जाय।
2. ओवदक द्वारा प्रपत्र: C-2 की एक छायाप्रति राज्य रक्त संचरण परिषद को भी सूचनार्थ प्रेषित की जाएगी।