

रक्त/रक्त अवयव के बल्क स्थानान्तरण का माहवार विवरण

वित्तीय वर्ष ----- (अप्रैल से मार्च तक) SBTC Reg. No.:-----

रक्तकोष का नाम: ----- जनपद: -----

रक्तकोष लाइसेंस सं०: ----- वैधता: -----

माह	तिथि	प्राप्तकर्ता रक्तकोष का नाम, लाइसेंस सं० एवं SBTC: ID	स्थानान्तरित की गयी रक्त/रक्त अवयव के कुल यूनिटों की संख्या		रक्त/रक्त अवयव की दर (प्रति यूनिट)		टिप्पणी
			Whole Blood	Component	Whole Blood	Component	
अप्रैल							
मई							
जून							
जुलाई							
अगस्त							
सितम्बर							
अक्टूबर							
नवम्बर							
दिसम्बर							
जनवरी							
फरवरी							
मार्च							

नोट:—

- Bulk Transfer का फार्म—A एवं B (Request and Issue Form) की प्रति अपलोड करें।
- Bulk Transfer की सूचना तत्काल ई-मेल (bsupsacs@gmail.com) पर प्रेषित की जाएगी तथा उक्त सूचना प्रत्येक माह की 05 तारीख तक आनलाइन परिषद की वेबसाइट पर अपलोड करें।
- प्रतिमाह सूचना शून्य होने की दशा में भी अपलोड की जाएगी।

रक्तकोष प्रभारी
(हस्ताक्षर एवं मुहर सहित)