

Form:



Voluntary Blood Donation

Your Name/আপোনাৰ নাম:

Age/ বয়স:

Sex/ লিংগ:

Address/ ঠিকনা:

.....

.....

Mobile No/ মোবাইল নং:

E-mail/ ই-মেইল:

Occupation/ জীৱিকা:

Blood group/ তেজৰ গ্ৰুপ:

Previous history of blood donation /

আগতে ৰক্তদান কৰিছিলনে?

I understand that information contained in this form will be used to contact me in case of emergency requirement of blood for donation in the FAAMC Blood Center / চিকিৎসালয়ৰ ৰক্ত-কেন্দ্ৰত তেজৰ প্ৰয়োজন হ'লে এই প্ৰ-পত্ৰত জমা দিয়া তথ্যসমূহ মোৰ সতে যোগাযোগ কৰাৰ বাবে ব্যৱহাৰ কৰা হ'ব বুলি বুজি লৈছোঁ।

Signature/স্বাক্ষৰ

DONATE BLOOD SAVE LIVES

Fakhruddin Ali Ahmed Medical College, Barpeta, Assam