



DECLARACIÓN JURADA ADHESIÓN BANCO DE SANGRE

Datos del Adherente Titular

DATOS A COMPLETAR POR LA COOPERATIVA  
N° SOLICITUD: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Apellido y nombre: \_\_\_\_\_  
Documento (tipo): \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
Teléfono/celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

PERSONAS QUE COMPONEN EL GRUPO FAMILIAR DEL ADHERENTE			
NOMBRE Y APELLIDO	VÍNCULO CON EL TITULAR	FECHA DE NAC.	N° DOC.

Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente Declaración Jurada son verídicos y me hago responsable ante cualquier inconveniente que surja respecto de la veracidad de los mismos y me comprometo a notificar modificaciones en el plazo de 10 días de ocurrida la misma.

Así mismo acepto y declaro conocer todas las reglamentaciones vigentes y condiciones de afiliación al Sistema Provincial de Sangre Cooperativo, como así también todas las disposiciones emitidas del Consejo de Administración de la Cooperativa de Servicios Públicos de Sampacho Ltda. relacionadas a la implementación y adhesión al Sistema Provincial de Sangre Cooperativo.

Por la presente, en caso de hacer uso de hemocomponentes proporcionados por el Sistema Provincial de Sangre Cooperativo, ya sea a favor de mi persona o de mi grupo familiar, me comprometo a devolver mediante mi propio aporte o compromiso en la gestión de promoción de terceros donantes, a fin de restituir la cantidad de unidades de sangre recibida, cuando la Cooperativa organice colectas solidarias de donación de sangre.

¿Serías donante de sangre? Si ☐ No ☐

FIRMA Y ACLARACIÓN  
DEL TITULAR

RECIBIDO POR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_