



Območno združenje
Ljubljana



Pravi krvodajalec, ob pravem času, za pravega bolnika!

PRIJAVNICA za sodelovanje v programu Klub 25 in Klub 100 kapljic

IME IN PRIIMEK: _____

NASLOV: _____

DATUM ROJSTVA: _____

GSM: _____

E-MAIL: _____

SREDNJA ŠOLA/FAKULTETA/ZAPOSILITEV:

PODPIS:
