



ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG

PROMESSE DE DON

Nom * _____

Nom de naissance * _____

Prénom * _____

Date de naissance * _____

Adresse * _____

Code postal * _____

Ville * _____

Téléphone fixe ou portable * _____

E-mail * _____

Où souhaitez-vous donner ? * _____

Avez-vous déjà donné votre sang ? * Oui Non

Si oui, quand ? * _____

Dans quel département ? * _____

Cadre réservé (A remplir par l'association collectant les promesses)

Date de recueil : _____

Nom de l'association : _____

Nom de l'opération : _____

* Les informations recueillies au titre de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à l'EFS pour vous inviter aux collectes organisées au lieu où vous avez manifesté vouloir donner votre sang, ainsi qu'à l'association, dont le nom et les coordonnées sont visées ci-dessus, dans le cadre de ses activités de promotion du don de sang, plasma et plaquettes. Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification ou de suppression des informations vous concernant auprès de l'EFS, en vous adressant au Directeur de l'établissement de transfusion sanguine dont dépend le lieu où vous avez indiqué souhaiter donner votre sang, ainsi qu'auprès de l'association à l'adresse indiquée ci-dessus.

