

BLOOD DONOR REGISTRATION FORM

Donor Name / रक्तदाता नाम: _____

Aadhaar Card No./ आधार कार्ड नं.: _____

Marital Status / वैवाहिक स्थिति: Married Unmarried

Father's Name / पिता का नाम: _____

Mother's Name / माता का नाम: _____

Blood Group / रक्त समूह: A+ B+ AB+ O+ A- B- AB- O-

Date of Birth / जन्म तिथि (DD/MM/YYYY): __ / __ / ____

Mobile No. / मोबाइल नं.: _____ Mobile No.-2 /मोबाइल नं.-2: _____

E-Mail / ई-मेल: _____

Are you suffering from any major disease, if yes then mention: _____
(क्या आप किसी गंभीर बिमारी से ग्रस्त हैं, यदि हाँ तो विवरण लिखें)

Permanent Address / स्थाई पता:

Urban / शहरी

Rural / ग्रामीण

मकान संख्या: _____

पूरा पता: _____

मोहल्ला/कॉलोनी: _____

वार्ड संख्या: _____

ग्राम पंचायत: _____

नगर पालिका/नगर परिषद क्षेत्र: _____

पंचायत समिति / उपखण्ड: _____

जिला: _____ पिन कोड: _____

जिला: _____ पिन कोड: _____

Are you a first time Donor: Yes No

If 'No', then last blood donated date (approx.) (DD/MM/YYYY): __ / __ / ____

Declaration / उद्घोषणा:

"I am a voluntary Blood donor and I do not have any objection to share my personal information and blood group details with others."

"मैं एक स्वैच्छिक रक्तदाता हूँ और मुझे मेरी निजी जानकारी एवं रक्त समूह की जानकारी सार्वजनिक करने में कोई आपत्ति नहीं है।"

Date : __ / __ / ____

Signature : _____

Name : _____