**জিএসবি ব্লাড ক্লাব**

রেজিস্ট্রেশন ফরম

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| নাম  | (বাংলায়) |  |
| (ইংরেজি) |  |
| পদবী | Choose an item. | বয়স |  |
| রক্তের গ্রুপ | Choose an item. | রক্ত দেয়ার অভিজ্ঞতা আছে কিনা? হ্যাঁ না |
| পরিবারের অন্যান্য সদস্য (১৮ ঊর্ধ্ব) | ১। |   | রক্তের গ্রুপ | Choose an item. |
| ২। |  | রক্তের গ্রুপ | Choose an item. |
| ৩।  |  | রক্তের গ্রুপ | Choose an item. |
| বর্তমান ঠিকানা |  |
| স্থায়ী ঠিকানা |  |
| ই-মেইল (যদি থাকে) |  |
| ফোন/মোবাইল |  |
| ফেজবুক আইডি (যদি থাকে) |  |

প্রদত্ত তথ্যাবলী সঠিক এবং রক্ত দানের জরুরী প্রয়োজনে আমার সাথে যোগাযোগ করার অনুমতি প্রদান করলাম।

স্বাক্ষর:

তারিখ:

\*\*অনলাইন ফরম পূরণের জন্য নিচের লিংক ব্যবহার করুন অথবা QR Quote টি স্ক্যান করুন।

https://tinyurl.com/y4cvqywe