



## **SOCIETAT CATALANO-BALEAR DE TRANSFUSIÓ SANGUÍNIA**

### **FULL D'ADHESIÓ AL PROGRAMA DE CONTROL EXTERN DE QUALITAT EN IMMUNOHEMATOLOGIA**

PERSONA DE CONTACTE: .....

CENTRE .....

SERVEI.....

ADREÇA:

.....  
.....  
.....  
.....

NIF DEL CENTRE:.....

**TARIFA ANY 2010 (2 controls)                      150 €**

**FORMA DE PAGAMENT: TRANSFERÈNCIA BANCÀRIA AL  
COMPTA: 0081-0377-91-0001081711**

**A NOM DE : FACMSCB-TRANSFUSIÓ SANGUÍNIA.**

ENVIAR FULL D'ADHESIÓ PER FAX AL Nº **93-2031485** i còpia a  
[scbts@scbts.org](mailto:scbts@scbts.org)

**FUNDACIÓ ACADÈMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES I DE LA SALUT DE CATALUNYA I  
BALEARS C/. MAJOR DE CAN CARALLEU, 1-7 08017 DE BARCELONA**