



CMC VELLORE EQAS PROGRAM – TRANSFUSION MODULE REGISTRATION FORM – BLOOD BANKS

Please take time to fill in all the details accurately in black. All fields are mandatory. All information provided will be held in confidence.

If you are an existing participant, please write your participating Pin No:

--	--	--	--	--	--

1. NAME OF BLOOD CENTER

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. NAME of MEDICAL OFFICER

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(This will be the contact person to whom all correspondence will be addressed in future)

3. ADDRESS STREET

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. TOWN/CITY

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. DISTRICT

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. STATE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. PIN CODE

--	--	--	--	--	--

8. TELEPHONE

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

STD code

Telephone number

9. MOBILE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. EMAIL ID*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11. Stand-alone blood center

YES

NO

12. Are you part of a teaching hospital/medical college?

YES

NO

13. Ownership (select one)

Government (including PSU) / Private / Private trust or Society / NGO

(P.T.O)



**CMC VELLORE EQAS PROGRAM – TRANSFUSION MODULE
REGISTRATION FORM – BLOOD CENTERS**

14. Are you a DGHS-supported Blood Center? YES NO

15. Does DGHS/SBTC fund your EQA subscription? YES NO DON'T KNOW

16. Blood center Type: Whole Blood / Components separation

17. No. Of Units of Blood Collection per annum (Select only one):

< 500 / 501 - 2000 / 2001 – 5000 / 5000 – 10,000 / > 10,000

18. License status: Under Renewal / Current valid

19. If you need a Tax invoice, enter your GSTIN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--