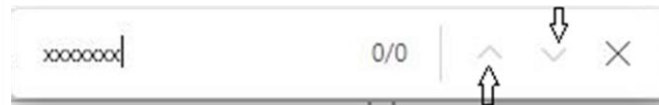


## HTC list



This searchable document is a temporary set-up to be able to check for specific HTC's.

To find the HTC you are looking for, hit the "CTRL" key and the letter "F" at the same time.



In the search box (xxxxxx) you can put the city or country or HTC name... then you can use the right and left arrows to find the related records.

HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**HTC Academisch Ziekenhuis Paramaribo (HTC AZP)**

Province

Country  City

StreetAd  PostalCode

Region

Address1

Address2

Address3

address4:

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Toekoen"/>	<input type="text" value="A."/>	<input type="text" value="Pediatrician"/>
Dr.	<input type="text" value="Karia"/>	<input type="text" value="A."/>	<input type="text" value="Internal Medicine"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:

phone2:

phone3:

phone\_work4

cellular:

phone\_emergency:

Fax:

fax work:

fax work2:

fax work3:

email work:

email work2:

Email:

WebSiteAddress:

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Afghanistan National Blood Bank Hemophilia Treatment Center**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Afghanistan"/>
StreetAd	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>
Address1	<input type="text" value="First floor Cinema -I Pami"/>
Address2	<input type="text"/>
Address3	<input type="text"/>
address4:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Sadeq"/>	<input type="text" value="Naser"/>	<input type="text" value="Director of National Blood Bank"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text" value="(+93) 799587585"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="naser_sadeq@yahoo.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital and University Center of Tirana

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Albania"/>	City	<input type="text" value="Tirana"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="1001"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Poliklinika Specialiteteve Rajoni N1"/>		
Address2	<input type="text" value="Dibra Str, 372"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="355-4222-5417"/>
cellular:	<input type="text" value="355-6923-16400"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="355-4222-5417"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="ppo_jani@yahoo.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Centre des hémophiles / Hématologie-CHU Beni Messous**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Algeria"/>	City	<input type="text" value="Bouzareah"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Polyclinique 8 mai 1945, Route Neuve"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="213-21-93-11-86"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="213-(0)21-93-11-86"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="mbelhani@yahoo.fr"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Centre Hospitalo-Universitaire de Constantine (CHU Constanti**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Algeria"/>	City	<input type="text" value="Constantine"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Service hématologie"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="213-31641673"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="213-772199606"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="nsidimansour@yahoo.fr"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Centre Hospitalo-Universitaire d'Oran (CHU Oran)**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Algeria"/>	City	<input type="text" value="Oran"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="31 000"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Service hématologie"/>		
Address2	<input type="text" value="Pavillon 5"/>		
Address3	<input type="text" value="Boulevard Dr. Benzerjeb"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
M.	<input type="text" value="Fayçal"/>	<input type="text" value="Bouchiba"/>	<input type="text" value="Infirmier"/>
43285	<input type="text" value="M."/>	<input type="text" value="Fayçal"/>	<input type="text" value="Bouchiba"/>
42246	<input type="text" value="Dr."/>	<input type="text" value="Cherif-Hosni"/>	<input type="text" value="Aicha"/>
39656	<input type="text" value="Dr."/>	<input type="text" value="Rahal"/>	<input type="text" value="Yasmina"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="213-41-41-2264"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="213-41-41-2264"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hadjtouhami@yahoo.fr"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**CHU Docteur essaid Khaled**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Algeria"/>	PostalCode	<input type="text" value="29000"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="CHU Yessad KHALED"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Mehalhal"/>	<input type="text" value="Nemra"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Houari"/>	<input type="text" value="Chalabi"/>	<input type="text" value="GP"/>
Ms.	<input type="text" value="Cherif Tayeb"/>	<input type="text" value="Nadia"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="213-045-80-43-22"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="213-045-81-25-40"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="mehalhalnemra@yahoo.fr"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>









**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**CHU Tlemcen**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Algeria	City	Tlemcen
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	BP 141 K		
Address2	Les Cerisers 13000		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	213-6265-5621
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	213-4320-8170
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	mesli.naima@hotmail.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**CHU Touhami Ibn Flis**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Algeria"/>	PostalCode	<input type="text" value="05000"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Tazoult Street"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	<input type="text" value="Saïdi"/>	<input type="text" value="Mahdia"/>	<input type="text" value="medical chief of hematology depart"/>
Dr.	<input type="text" value="Saïdane"/>	<input type="text" value="Nadjoua"/>	<input type="text" value="Haematologist, haemophilia referent"/>
Dr.	<input type="text" value="Ouarhlent"/>	<input type="text" value="Yamina"/>	<input type="text" value="Haematologist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="00 213 33 92 55 70"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="00 213 33 92 55 70"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="raihanasse@gmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>









**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Centro de atención**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Argentina	City	Mendoza
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	5500
Region	<input type="text"/>		
Address1	O'Brien 488, San José-Guaymallen		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	54-261-4454367
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	albertorig@fullzero.com.ar
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Centro Provincial de Sangre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Argentina	City	Santiago del Estero
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	4200
Region	<input type="text"/>		
Address1	Moreno (Sur) 2203		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dra.	Sánchez	María Elena	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	54-385-4504423
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	draelenasanchez@hotmail.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>















# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital Dr. Humberto Notti**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Argentina"/>	City	<input type="text" value="Mendoza"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="5500"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Bandera de los Andes 2603, Guaymallen"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Arbesu"/>	<input type="text" value="Guillermo"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="54-261-4132590/4132622"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="garbesu@hotmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>







**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hospital J.R. Vidal**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Argentina"/>	City	<input type="text" value="Corrientes"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="3400"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Necochea 1050"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dra.	<input type="text" value="Romero Maciel"/>	<input type="text" value="Maria de Los Angele"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Lanari Zubiaur"/>	<input type="text" value="Emilio"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="54-379-4421225/4689400 ext. 40"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="ealz@arnet.com.ar"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>













# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital Privado Regional del Sur

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Argentina"/>	City	<input type="text" value="Bariloche"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="8400"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="20 de Febrero 598"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Niborsky"/>	<input type="text" value="Ricardo"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="54-29-4452-5000 ext. 465"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="ricardocnibo@gmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital Provincial del Centenario

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Argentina	City	Rosario
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	2000
Region	<input type="text"/>		
Address1	Urquiza 3101		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dra.	Rescia	Virginia	
Dr.	Dávoli	Mauro	

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	54-34-1437-5506
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	vrescia@fibertel.com.ar
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Argentina	City	San Juan
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	5400
Region	<input type="text"/>		
Address1	Servicio de Hematología y Hemoterapia		
Address2	Av. Rawson Sur 494		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Arias	Daniel Adolfo	Director
Dr.	Arrieta	Maria Elizabeth	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	54-264-422-4005/8338
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	danielarias327@hotmail.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>











## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Instituto Asistencial "Dr. Alfredo Pavlovsky"

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Argentina"/>	PostalCode	<input type="text" value="1425"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Soler 3485"/>		
Address2	<input type="text" value="(1425) Capital Federal"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Candela Muñoz"/>	<input type="text" value="Miguel Angel"/>	<input type="text"/>
Dra.	<input type="text" value="Elhelou"/>	<input type="text" value="Ludmila"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Tezanos Pinto"/>	<input type="text" value="Miguel"/>	<input type="text" value="Asesor Científico"/>
Dra.	<input type="text" value="Honorat"/>	<input type="text" value="Egle Vanesa"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="54-11-4963-1755"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="54-11-4963-1755 ext 29"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="info@hemofilia.org.ar"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.hemofilia.org.ar/"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Instituto HOPE

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Argentina	City	La Rioja
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	5300
Region	<input type="text"/>		
Address1	Santa Fe 232		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Campregher	Gabriel	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	54-380-4466971
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="gabrielcampregher@yahoo.com.ar"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Center of Hematology

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Armenia"/>	City	<input type="text" value="Yerevan"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="0014"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Ministry of Health Republic of Armenia"/>		
Address2	<input type="text" value="7 Nersisyan Str."/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Simonyan"/>	<input type="text" value="Naira"/>	<input type="text" value="Psychologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Daghbashyan"/>	<input type="text" value="Smbat"/>	<input type="text" value="Director"/>
Dr.	<input type="text" value="Arakelyan"/>	<input type="text" value="Samuel"/>	<input type="text" value="Physician"/>
Dr.	<input type="text" value="Pashinyan"/>	<input type="text" value="Karine"/>	<input type="text" value="Physician"/>
Ms.	<input type="text" value="Hovakimyan"/>	<input type="text" value="Sarmela"/>	<input type="text" value="Lab Staff"/>
Mr.	<input type="text" value="Sargisyan"/>	<input type="text" value="Varduhi"/>	<input type="text" value="Lab Physician"/>
Dr.	<input type="text" value="Khachatryan"/>	<input type="text" value="Heghine"/>	<input type="text" value="Physician"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="374-10-283-800"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="374-10-284-478"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="armhemophilia@yahoo.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.blood.am/"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Alfred Hospital

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	MELBOURNE
Country	Australia	PostalCode	3004
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	Ronald Sawers Haemophilia Centre		
Address2	The Alfred Hospital		
Address3	Level 1, South Block		
address4:	55 Commercial Road		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Tran	Huyen	Director
Ms.	McCarthy	Penny	Clinical Nurse Consultant
Ms.	Walsh	Megan	Clinical Nurse Consultant
Mr.	Coombs	Alex	Social Worker
Ms.	Findlay	Susan	Administrator/Clinic Coordinator
Ms.	Nevill	Kara	Clinical Nurse Consultant
Ms.	Polus	Abi	Physiotherapist
Ms.	Haley	Cathy	Physiotherapist
Ms.	Portnoy	Jane	Social Work
Ms.	Belleli	Debra	Data Manager
Mr.	Mullen	Frankie	Physiotherapist

phone 1:	61-3-9076-2178 (Haemo nurses)
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	61-3-9076-2179 (Reception)
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>

Fax:	<input type="text"/>
fax work:	61-3-9076-3021
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>

email work:	<input type="text"/>
-------------	----------------------

email work2:	<input type="text"/>
--------------	----------------------

Email:	haemophilia@alfred.org.au
--------	---------------------------

WebSiteAddress:	<input type="text"/>
-----------------	----------------------



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Canberra Hospital (The)

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	Australia	City	GARRAN
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	2605	Region	<input type="text"/>
Address1	Haemophilia Centre, Haematology Dept.				
Address2	CRCC Building 19 Level 4				
Address3	Yamba Drive				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Pati	Nalini	Consultant Haematologist
Dr.	Pidcock	Michael	Director
Dr.	Crispin	Philip	Consultant Haematologist
Mr.	Slade	James	Haemophilia Nurse
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	61-2-6244-2286
cellular:	61-481-013-323
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	61-2-6244-2271
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	hfact@austarmetro.com.au
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Fremantle Regional Haemophilia Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Australia"/>	City	<input type="text" value="FREMANTLE"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="6959"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Fremantle Hospital"/>				
Address2	<input type="text" value="P.O. Box 480"/>				
Address3	<input type="text" value="Alma Street"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Lochore"/>	<input type="text" value="Sandra"/>	<input type="text" value="CN"/>
Dr.	<input type="text" value="Leahy"/>	<input type="text" value="Michael F."/>	<input type="text" value="Consultant Haematologist"/>
Ms.	<input type="text" value="Tovey"/>	<input type="text" value="Julie"/>	<input type="text" value="CN"/>
Ms.	<input type="text" value="Ricci"/>	<input type="text" value="Christine"/>	<input type="text" value="RN"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="61-8-9431-2210"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="61-8-9431-2881"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="julie.tovey@health.wa.gov.au"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Lady Cilento Children's Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Australia	City	BRISBANE
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	Lady Cilento Children's Hospital		
Address2	Queensland Paediatric Haemophilia Centre		
Address3	501 Stanley Street, South Brisbane		
address4:	<input type="text"/>		

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Brown	Simon	Consultant Haematologist
Mrs.	McCosker	Joanna	Clinical Nurse Consultant
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	LCCH-Haemophilia@health.qld.gov.au
WebSiteAddress:	<input type="text"/>









# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Royal Brisbane & Women's Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Australia"/>	City	<input type="text" value="BRISBANE"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="4029"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Royal Brisbane and Women's Hospital"/>		
Address2	<input type="text" value="Queensland Haemophilia Centre"/>		
Address3	<input type="text" value="4th Floor, Joyce Tweddell Building"/>		
address4:	<input type="text" value="Butterfield Street"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Spilsbury"/>	<input type="text" value="Maureen"/>	<input type="text" value="Advanced Social Worker - Haemophili"/>
Ms.	<input type="text" value="Zeissink"/>	<input type="text" value="Beryl"/>	<input type="text" value="Clinical Nurse Consultant"/>
Dr.	<input type="text" value="Rowell"/>	<input type="text" value="John"/>	<input type="text" value="Director of Haemophilia Centre"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="61-7-3646-5727"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="61-7-3646-4221"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="beryl_zeissink@health.qld.gov.au"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.health.qld.gov.au/haemophilia/"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Royal Children's Hospital

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Australia"/>	City	<input type="text" value="MELBOURNE"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="3052"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="The Henry Ekert Haemophilia Treatment Centre"/>		
Address2	<input type="text" value="Flemington Road"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Barnes"/>	<input type="text" value="Chris"/>	<input type="text" value="Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Furmedge"/>	<input type="text" value="Janine"/>	<input type="text" value="Haemophilia CNC"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="61-3-9345-5099"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="61-3-9349-1819"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="he.htc@rch.org.au"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Royal Hobart Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Australia"/>	City	<input type="text" value="HOBART"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="7001"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="48 Liverpool Street"/>		
Address2	<input type="text" value="GPO Box 1061"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Starosta"/>	<input type="text" value="Helen"/>	<input type="text" value="Clinical Nurse Consultant"/>
Dr.	<input type="text" value="Prasad"/>	<input type="text" value="Ritam"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="61-3-6166-8045"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="61-3-6222-6767"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="rhhpaedonc@dhhs.tas.gov.au"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Royal Prince Alfred Hospital

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Australia"/>	PostalCode	<input type="text" value="2050"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Building 77, Level 5"/>		
Address2	<input type="text" value="59 Missenden Rd"/>		
Address3	<input type="text" value="Camperdown"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Waite"/>	<input type="text" value="Clare"/>	<input type="text" value="Clinical Nurse Specialist"/>
Dr.	<input type="text" value="Dunkley"/>	<input type="text" value="Scott"/>	<input type="text" value="Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Mudge"/>	<input type="text" value="Leonie"/>	<input type="text" value="Social Worker"/>
Mr.	<input type="text" value="Matthews"/>	<input type="text" value="Stephen"/>	<input type="text" value="Clinical Nurse Consultant"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="61-2-9515-7013"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text" value="61-2-9515-6698"/>
fax work:	<input type="text" value="61-2-9515-8946"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="Stephen.matthews@sswahs.nsw.gov.au"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**The Haemophilia and Haemostasis Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Australia"/>	City	<input type="text" value="MURDOCH"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="6961"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Level 1 Cancer Centre"/>		
Address2	<input type="text" value="Fiona Stanley Hospital"/>		
Address3	<input type="text" value="102-118 Murdoch Drive"/>		
address4:	<input type="text" value="Locked Bag 100, PALMYRA DC"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="P'ng"/>	<input type="text" value="Stephanie"/>	<input type="text" value="Haematology Consultant"/>
Ms.	<input type="text" value="Baccala"/>	<input type="text" value="Maria"/>	<input type="text" value="Haemophilia Nurse Consultant"/>
Ms.	<input type="text" value="McGregor"/>	<input type="text" value="Claire"/>	<input type="text" value="Hemophilia Clinical Nurse Consultant"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text" value="(08) 61524137"/>
phone2:	<input type="text" value="(08) 61526527"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="61-8-9224-8475"/>
fax work2:	<input type="text" value="(08) 61524138"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="Claire.McGregor@health.wa.gov.au"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Blutzentrale Linz

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Austria"/>	City	<input type="text" value="Linz"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="4017"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Österreichisches Rotes Kreuz,"/>		
Address2	<input type="text" value="Landesverband Oberösterreich"/>		
Address3	<input type="text" value="Krankenhausstr. 7"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Schuster"/>	<input type="text" value="Gerhard"/>	<input type="text" value="Oberarzt"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="43-732-777-000"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="43-732-777-000-210"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="gerhard.schuster@blutz.o.redcross.or.at"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.o.rokeskreuz.at"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Landesfrauen - und Kinderklinik Linz**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Austria	City	Linz
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	4020
Region	<input type="text"/>		
Address1	Krankenhausstr. 26-30		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Schwarz	Rudolf	<input type="text"/>
Dr.	Schmitt	K.	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	43-5-055463-24230
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	klaus.schmitt@gespag.at
WebSiteAddress:	http://www.kinderklinik-linz.at/

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Landeskrankenhaus Dornbirn**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Austria"/>	City	<input type="text" value="Dornbirn"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Kinderabteilung"/>		
Address2	<input type="text" value="Lustenauerstraße 4"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Zanier	Ulrike	

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="43-5572-303-2390"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="43-5522-303-82390"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="ulrike.zanier@dornbirn.at"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Landeskrlinikum St. Pölten

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Austria"/>	City	<input type="text" value="St. Pölten"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="3100"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Abteilung f. Kinder-und Jugendheilkunde"/>		
Address2	<input type="text" value="Propst-Führer Strasse 4"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	<input type="text" value="Zwiauier"/>	<input type="text" value="Karl"/>	<input type="text" value="Head of Department, Prof. of Paediat"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="43-2742-9004-13521"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="karl.zwiauier@stpoelten.lknoe.at"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.stpoelten.lknoe.at/"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Medizinische Universität Wien

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Austria	City	Vienna
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	A-1090
Region	<input type="text"/>		
Address1	Medical University of Vienna		
Address2	Innere Medizin I, Ebene 6, Leitstelle 6i		
Address3	Waehringer Guertel 18-20		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	Kyrle	Paul Alexander	Associate Professor
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	43-1-40400-4497
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	43-1-40400-4030
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	ingrid.pabinger@meduniwien.ac.at
WebSiteAddress:	http://www.haematologie-wien.at







# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Universitätsklinik Graz**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Austria"/>	City	<input type="text" value="Graz"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="8036"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Medical University of Graz"/>		
Address2	<input type="text" value="Department of Pediatrics and Adolescent Medicine"/>		
Address3	<input type="text" value="Auenbruggerplatz 38"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	<input type="text" value="Muntean"/>	<input type="text" value="Wolfgang"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="43-316-385-82636"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="wolfgang.muntean@medunigraz.at"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.medunigraz.at"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Universitätsklinik Graz**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Austria	City	Graz
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	8036
Region	<input type="text"/>		
Address1	Medical University of Graz		
Address2	Division of Hematology		
Address3	Auenbruggerplatz 38		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Bauer	Franz	<input type="text"/>
Dr.	Neumeister	Peter	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	43-316-385-13277
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="peter.neumeister@medunigraz.at"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.medunigraz.at"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Universitätsklinik Innsbruck

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Austria"/>	City	<input type="text" value="Innsbruck"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="6020"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Medical University Innsbruck"/>		
Address2	<input type="text" value="Anichstr. 35"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Feistritzer"/>	<input type="text" value="Clemens"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="43-512-504-24035"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="clemens.feistritzer@i-med.ac.at"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Universitätsklinik Innsbruck**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Austria	City	Innsbruck
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	A-6020
Region	<input type="text"/>		
Address1	Medical University Innsbruck		
Address2	Dept.of Pediatrics		
Address3	Anichstr. 35		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	Streif	Werner	
Mr.	Reif	Christian	Medical Technical Assistant
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	43-512-50423600
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	43-512-504-24934
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	Werner.Streif@i-med.ac.at
WebSiteAddress:	http://www.gerinnung.at/

HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Bangabandhu Sheikh Mujib Medical University**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Bangladesh"/>
City	<input type="text" value="Dhaka"/>
StreetAd	<input type="text"/>
PostalCode	<input type="text" value="1230"/>
Region	<input type="text"/>
Address1	<input type="text" value="House#8, Road#7/C, Sector#3"/>
Address2	<input type="text" value="Uttara"/>
Address3	<input type="text"/>
address4:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof. Dr.	<input type="text" value="Aziz"/>	<input type="text" value="Md."/>	<input type="text" value="Chairman, Department of Hematolog"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="880-2-861-7118"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="azizfcps@yahoo.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Hemophilia Treatment Centre

Center Name

**Bangabandhu Sheikh Mujib Medical University Hospital (BSMNU)**

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Bangladesh"/>	City	<input type="text" value="Dhaka"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="1000"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Department of Hematology"/>				
Address2	<input type="text" value="Shahbag"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof. Dr.	<input type="text" value="Aziz"/>	<input type="text" value="Abdul"/>	<input type="text" value="Chairman, Department of Hematolog"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="88-02-8190907"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="azizfcps@yahoo.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.bsmmu.edu.bd"/>





**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Dhaka Medical College Hospital (DMCH)**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Bangladesh"/>	City	<input type="text" value="Dhaka"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="1000"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Department of Hematology"/>		
Address2	<input type="text" value="8th &amp; 9th Floor, DMCH-2 Building"/>		
Address3	<input type="text" value="Dhaka Medical College Hospital,"/>		
address4:	<input type="text" value="Secretariat Road"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof. Dr.	<input type="text" value="Biswas"/>	<input type="text" value="Akhil Ranjon"/>	<input type="text" value="Director, Department of Haematolog"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="(+880) 2-55165130 to 42, Ext. 40"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="akhil.biswas@yahoo.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.dmc.gov.bd"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Dhaka Shishu Hospital (DSH)

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Bangladesh"/>	City	<input type="text" value="Dhaka"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="1207"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Sher-e Bangla Nagar"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof. Dr.	<input type="text" value="Selimuzzaman"/>	<input type="text" value="Md."/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="088-02-9104211"/>
cellular:	<input type="text" value="01746-196039"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="selim_uzzaman@yahoo.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Lab One Foundation

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Bangladesh"/>	City	<input type="text" value="Dhaka"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="1230"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="House # 08, Road # 12,"/>		
Address2	<input type="text" value="Sector # 14, Uttara"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Shah"/>	<input type="text" value="Salahuddin"/>	<input type="text" value="Associate Professor of Haematology"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="+88) 02-55095160"/>
cellular:	<input type="text" value="+88) 01922117676"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="labone.org@gmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.labone.org.bd"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Mymensingh Medical College Hospital (MMCH)

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Bangladesh"/>	City	<input type="text" value="Mymensingh"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="2200"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Mymensingh Medical College &amp; Hospital"/>				
Address2	<input type="text" value="Chorpara"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Rahman"/>	<input type="text" value="Habibur"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="01711-608586"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hrtarekmmc@gmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Rajshahi Medical College Hospital (RMCH)**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Bangladesh"/>	City	<input type="text" value="Rajshahi"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Room No. 3rd Floor,"/>		
Address2	<input type="text" value="Rajshahi Medical College Hospital"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Miah	M. Morsed Zaman	

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="+880 1711 814 225"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="drzaman04@gmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Belarusian Centre for Paediatric Oncology and Haematology**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Belarus"/>	City	<input type="text" value="Minsk"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="223040"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Lesnoe 2"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Aleinikova"/>	<input type="text" value="Olga"/>	<input type="text" value="Director"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="375-172-654-049"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="375-172-654-049"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="aleinikova2004@mail.ru"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>







# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Antwerp University Hospital

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Belgium	City	Edegem
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	2650
Region	<input type="text"/>		
Address1	Hemostasis Unit		
Address2	Department of Hematology		
Address3	Wilrijkstraat 10		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Gadisseur	Alain	
Ms.	Bonnecroy	Marry	Haemostasis Nurse
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	(+32) 3-821-3779
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	(+32) 3-821-4301
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	alain.gadisseur@uza.be
WebSiteAddress:	www.uza.be

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**C.H.U. Brugmann U.L.B. (Adult)**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Belgium"/>	City	<input type="text" value="Brussels"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="1020"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Service d'Hématologie"/>		
Address2	<input type="text" value="Place A. Van Gehuchten, 4"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Efira"/>	<input type="text" value="André"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Azerad"/>	<input type="text" value="Marie-Agnès"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="+32-2-477-3577"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="+32-2-477-3529"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="andre.efira@chu-brugmann.be"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.chu-brugmann.be"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Centre Liégeois du Traitement de l'Hémophilie (CLTH)

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Belgium"/>	City	<input type="text" value="Sart Tilman"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="4000"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Unité de Thrombose-Hémostase"/>		
Address2	<input type="text" value="CHU de Liège"/>		
Address3	<input type="text" value="Avenue de l'Hôpital, 1"/>		
address4:	<input type="text" value="4000 Liège"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Minon"/>	<input type="text" value="Jean-Marc"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Dresse"/>	<input type="text" value="Marie-Françoise"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Vandenbosch"/>	<input type="text" value="Kristel"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Péters"/>	<input type="text" value="Pierre"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Francotte"/>	<input type="text" value="Nadine"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="32-4-366 7535"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="32-4-225 6041 (CHR Citadelle)"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="32-4-366-7394"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="pierre.peters@chu.ulg.ac.be"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Cliniques universitaires Saint-Luc - Université Catholique d

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Belgium"/>	PostalCode	<input type="text" value="1200"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Service d'Hématologie"/>		
Address2	<input type="text" value="Cliniques universitaires Saint-Luc"/>		
Address3	<input type="text" value="10 Avenue Hippocrate"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	<input type="text" value="Hermans"/>	<input type="text" value="Cedric"/>	<input type="text" value="Adults"/>
	<input type="text" value="Pothen"/>	<input type="text" value="Dominique"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Mme	<input type="text" value="Lannoy"/>	<input type="text" value="Nathalie"/>	<input type="text" value="Geneticist"/>
Dr.	<input type="text" value="Eeckhoudt"/>	<input type="text" value="Stéphane"/>	<input type="text" value="Laboratory"/>
Prof.	<input type="text" value="Vermylen"/>	<input type="text" value="Christiane"/>	<input type="text" value="Paediatrics"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="32-2-764-1785/1740 Adult"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="32-2-764-8959"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="Cedric.Hermans@uclouvain.be"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.hemophilie-ucl.be"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Gent University Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Belgium"/>	PostalCode	<input type="text" value="9000"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="De Pintelaan, 185"/>		
Address2	<input type="text" value="Hematology and Blood Bank"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Vantilborgh"/>	<input type="text" value="Anna"/>	<input type="text" value="Hematology"/>
Dr.	<input type="text" value="Noens"/>	<input type="text" value="Lucien"/>	<input type="text" value="Department Head"/>
Dr.	<input type="text" value="Mondelaers"/>	<input type="text" value="Veerle"/>	<input type="text" value="Pediatrician Hemato-Onco"/>
Dr.	<input type="text" value="Devreese"/>	<input type="text" value="Katrien"/>	<input type="text" value="Hemostasis Lab"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="+32-9-332-2111"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="+32-9-332-2737"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text" value="+32-9-240-4048"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="Lucien.Noens@uzgent.be"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.uzgent.be"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola (Pediatric)**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Belgium"/>	City	<input type="text" value="Brussels"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="1020"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Avenue J.J. Crocq 15"/>		
Address2	<input type="text" value="Salle 60"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
M.	<input type="text" value="Leenders"/>	<input type="text" value="B."/>	<input type="text" value="Hemophilia Nurse"/>
Dr.	<input type="text" value="Lê"/>	<input type="text" value="Phu Quoc"/>	<input type="text" value="Assistant Head of the Haemato-Oncol"/>
Dr.	<input type="text" value="Ferster"/>	<input type="text" value="A."/>	<input type="text" value="Head of the Haemato-Oncology Clinic"/>
Ms.	<input type="text" value="Liekendael"/>	<input type="text" value="Linda"/>	<input type="text" value="Hemophilia Nurse"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="+32-2-477-3113 (outpatient)"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="32-2-477-2678"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="alina.ferster@huderf.be"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.huderf.be"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Universitair Ziekenhuis Brussel**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Belgium"/>	City	<input type="text" value="Brussels"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="1090"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Dienst Hematologie/Hemostase"/>		
Address2	<input type="text" value="Laarbeeklaan 101"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Jochmans"/>	<input type="text" value="Kristin"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="De Waele"/>	<input type="text" value="Marc"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="+32-2-477-5071"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="+32-2-477-5063"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="kristin.jochmans@uzbrussel.be"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.uzbrussel.be"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

University Hospitals Leuven

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Belgium"/>	City	<input type="text" value="Leuven"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="B-3000"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Haemophilia Treatment Center"/>		
Address2	<input type="text" value="Herestraat 49"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
M.	<input type="text" value="Vandesande"/>	<input type="text" value="Johan"/>	<input type="text" value="Haemophilia nurse"/>
Mrs.	<input type="text" value="Vander Elst"/>	<input type="text" value="Katrin"/>	<input type="text" value="Pediatri Haemophilia Nurse"/>
Dr.	<input type="text" value="Peerlinck"/>	<input type="text" value="Kathelijne"/>	<input type="text" value="Director (Adults)"/>
Dr.	<input type="text" value="Van Geet"/>	<input type="text" value="Christel"/>	<input type="text" value="Pediatrician"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="32-16-343-491"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="32-16-343-493"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hemofilie@uzleuven.be"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.uzleuven.be/bloedingsenvaatziekten"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

ZNA Queen Paola Childrens Hospital

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Belgium	City	Antwerpen
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	2020
Region	<input type="text"/>		
Address1	Paediatric Hemato-Oncology Department		
Address2	Lindendreef 1		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	+32-3-280-2160
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	+32-3-280-2133
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="philip.maes@zna.be"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.zna.be"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Centro de Especialidades M3dicas**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Brazil"/>	City	<input type="text" value="Angra dos Reis"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="23900-000"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Praça General Oz3rio, 36 - Centro"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Delduque Kropf"/>	<input type="text" value="Aline"/>	<input type="text" value="Medical Technician Responsable, He"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="55-24-3368-7350"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="55-24-3377-5903"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="alinekropf@yahoo.com.br"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Centro de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Brazil	City	Recife
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	52011-900
Region	<input type="text"/>		
Address1	Rua Joaquim Nabuco, 171		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dra.	Araújo	Fátima	Hematologist
Dra.	Farias Bueno	Thelma Maria	Hematologist
Mrs.	Justino de Lyra	Rosilene	Nurse
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	55-81-3182-4600
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	55-81-3416-4638
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	hemope@hemope.pe.gov.br
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Brazil"/>	City	<input type="text" value="Curitiba"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="80060-220"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Travessa João Prosdócimo, No. 145"/>		
Address2	<input type="text" value="Alto da XV"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Sra.	Mitie Hashimoto	Viviane	Nurse
Dra.	Santos Lorenzato	Cláudia	Hematologist
Dra.	Kakitani Carbone	Edna	Médiaca Hematologista - Responsáve
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="55-41-3281-4000"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text" value="55-41-3264-7029"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hemepar@pr.gov.br"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Centro de Hematologia e Hemoterapia do Piaui - HEMOPI**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Brazil	City	Terezina
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	64.001-430
Region	<input type="text"/>		
Address1	Rua 1o de maio no 235 centro/sul		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mrs.	Mesquita Gonçalves	Rosa Hieuda	Nurse
Dra.	Pallis	Melissa	Hematologist
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	55-86-3221-8319
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	55-86-9452-4831
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	55 86 3221-7600
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	hemopi@uol.com.br
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Centro de Hemofilia do Hospital das Clínicas da FMUSP**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Brazil	City	Sao Paulo
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	05403-000
Region	<input type="text"/>		
Address1	Hemocentro de Sao Paulo		
Address2	Av. Dr. Eneas de Carvalho Aguiar, 155		
Address3	1o andar		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Sra.	Sandoval	Eliane	Nurse Coordinator
Dra.	Villaça	Paula	Medical Coordinator
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	55-11-3061-5544
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	55-11-3085-2290
fax work2:	55-11-3088-8317
fax work3:	55 11 280 8317
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	epnsandoval@yahoo.com.br
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Centro de Hemoterapia e Hematologia do Espirito Santo**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Brazil"/>	City	<input type="text" value="Vitória"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="29047-105"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Av. Marechal Campos, 1.468"/>		
Address2	<input type="text" value="Maruipe"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mrs.	<input type="text" value="Tereza Garretto Botel"/>	<input type="text" value="Maria"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
Mrs.	<input type="text" value="Prezotti"/>	<input type="text" value="Alessandra"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="55-27-3137-2461"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="55-27-3137-2455"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hemoes@saude.es.gov.br"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Centro Infantil Boldrini**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Brazil"/>	PostalCode	<input type="text" value="13083-210"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Rua Dr. Gabriel Porto"/>		
Address2	<input type="text" value="1270, Barão Geraldo"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Pinheiro"/>	<input type="text" value="Vitória"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Sra.	<input type="text" value="Cunha Mello Rodrigu"/>	<input type="text" value="Carmem"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="55-19-3787-5000"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="55-19-3289-3571"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="carmen@boldrini.org.br"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará - Hemop**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Brazil	City	Belém
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	66033-722
Region	<input type="text"/>		
Address1	Trav. Padre Eutiquio, 2109		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Sra.	Freitas	Rosilene	Nurse
Dra.	Bentes Fernandez	Iê	Hematologist
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	55-91-3242-9100
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	55-91-3242-9100
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	hemopa@hemopa.pa.gov.br
WebSiteAddress:	http://www.hemopa.pa.gov.br/

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Bahia - HEMOBA**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Brazil"/>	City	<input type="text" value="Salvador"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="40155-150"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Ave. Vasco da Gama s"/>				
Address2	<input type="text" value="Rio Vermelho"/>				
Address3	<input type="text" value="Complexo HGE/HEMOBA/CICAN"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mrs.	<input type="text" value="Neves da Silva"/>	<input type="text" value="Neuza Maria"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
Dr.	<input type="text" value="Schittini Costa Streva"/>	<input type="text" value="Anelisa"/>	<input type="text" value="Medical Director"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="55-71-3116-5600"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hemoba@hemoba.ba.gov.br"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.hemoba.ba.gov.br/"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Fundação Hemominas

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Brazil"/>	City	<input type="text" value="Belo Horizonte"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Alameda Ezequiel Dias N 231"/>				
Address2	<input type="text" value="Santa Efigenia"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="55-31-3248-4500"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="55-31-3248-4600"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="coordhbh@hemominas.mg.gov.br"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.hemominas.mg.gov.br"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemoacre - Hemocentro Coordenador do Estado do Acre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Brazil"/>	City	<input type="text" value="Rio Branco"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Avenida Getulio Vargas, 2787"/>		
Address2	<input type="text" value="Vila Ivonete"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="55-68-3228-1494"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="55-68-3228-1494"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="denys.fujimoto@ac.gov.br"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.ac.gov.br/"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemocentro Coordenador do Distrito Federal - FHB**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Brazil"/>	PostalCode	<input type="text" value="70.710-908"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="SMHN Quadra 03 Conjunto A Bloco 03"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Chaves Machado"/>	<input type="text" value="Ricardo"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Dra.	<input type="text" value="Parodi"/>	<input type="text" value="Adriana"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Dra.	<input type="text" value="Swain"/>	<input type="text" value="Melina"/>	<input type="text" value="Hematologist Pediátrica/Manager"/>
Dra.	<input type="text" value="MacDowell Soares"/>	<input type="text" value="Beatriz"/>	<input type="text" value="Diretora Presidente"/>
Sra.	<input type="text" value="Faria Borges"/>	<input type="text" value="Aline Elias"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
Sr.	<input type="text" value="Pereira dos Santos"/>	<input type="text" value="Belchior Marcelo"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
Dra.	<input type="text" value="Gava"/>	<input type="text" value="Roberta"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="55-61-3327-1671/ 3327-5659"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text" value="55-61-3327-4442"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="coagulopatias@fhb.df.gov.br"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.hemocentro.df.gov.br"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemocentro Coordenador do Rio de Janeiro - HEMORIO**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Brazil"/>	City	<input type="text" value="Rio de Janeiro"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="20221-030"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input arthur="" cavalcanti""="" de="" siqueira="" type="text" value="Instituto Estadual de Hematologia "/>		
Address2	<input type="text" value="Rua Frei Caneca , 8 - Centro"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mrs.	<input type="text" value="Renni"/>	<input type="text" value="Marilia"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Dra.	<input type="text" value="Fernandes Oliveira"/>	<input type="text" value="Monica H.C."/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="55-21-2332-8620"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="55-21-2224-7030"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="diretoria@hemorio.rj.gov.br"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.hemorio.rj.gov.br/"/>









**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hemocentro de Caruaru**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	Brazil	City	Caruaru
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	55012-040		
Region	<input type="text"/>				
Address1	Av. Osvaldo Cruz,				
Address2	S				
Address3	o - Mauricio de Nassau				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dra.	Morais Rodriques Tor	Maria José	Petrolina
Dra.	do Carmo Morais Rod	Maria	Hematologist
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	55-81-3182-4600
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	lusilva2108@yahoo.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>









# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hemocentro de Maringá

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Brazil"/>	PostalCode	<input type="text" value="870080-000"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Av. Mandacaru, 1600"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dra.	<input type="text" value="T. Higa"/>	<input type="text" value="Tatiana"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Dra.	<input type="text" value="S. Figueiredo"/>	<input type="text" value="Francisca Angélica"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="55-44-3525-1102"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="54-44-2101-9154"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hemomaringa@sesa.pr.gov.br"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemocentro de Ribeirao Preto - Centro Regional de Hemoterapi**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Brazil"/>	PostalCode	<input type="text" value="14051-140"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Rua Tenente Catao Roxo, 2501"/>		
Address2	<input type="text" value="Monte Alegre"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Correia Oliveira de Ol"/>	<input type="text" value="Luciana"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Mrs.	<input type="text" value="Ap. de Souza Inácio"/>	<input type="text" value="Rosimeire"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="55-16-2101-9311"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="55-16-2101-9309"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="dimas@fmrp.usp.br"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://pegasus.fmrp.usp.br"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemocentro de São José do Rio Preto**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	Brazil	City	São José do Rio Preto
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	15091-240		
Region	<input type="text"/>				
Address1	Av. Jamil Ferez Kfuri, no. 80				
Address2	Jd. Panorama				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mrs.	Munholi	Andrea	Nurse
Dra.	Maria Fachini	Roberta	Hematologist
Dr.	Eduardo Miguel	Carlos	Hematologist
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	55-17-3201-5053
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	55-173201-5053
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	hemocentro@famerp.br
WebSiteAddress:	http://www.hospitaldebase.com.br

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemocentro de Tocantins**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Brazil	City	Palmas
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	77001-214
Region	<input type="text"/>		
Address1	Av. 301 Norte cjto 02, lote 1		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Menonça Curado	Mirella	Hematologist
Sra.	Lima Pereira Cardoso	Maria Raimunda	Nurse
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	55-63-3218-3285
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	55-63-3218-3284
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	hemocentro@saude.to.gov.br
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Hemophilia Treatment Centre

Center Name

**Hemocentro de Uberlandia**

Province	<input type="text"/>	Country	Brazil	City	Uberlandia
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	38405-322		
Region	<input type="text"/>				
Address1	Av. Levino de Souza, 1845				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Ribeiro de Paiva	Paulo Henrique	Hematologist
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	55343222-8801
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	55-34-3222-8887
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="udi.captacao@hemominas.mg.gov.br"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.hemominas.mg.gov.br"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemocentro do Amazonas**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Brazil"/>	City	<input type="text" value="Manaus"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="69050-001"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Av. Constantino Nery,"/>		
Address2	<input type="text" value="No 4397 - Chapada"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Sra.	<input type="text" value="da Silva Assunção"/>	<input type="text" value="Maria do Carmo"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
Dra.	<input type="text" value="Chaves Pacheco"/>	<input type="text" value="Ana Kedma"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="55-92-3655-0100"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="55 92 3656-2066"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hemoam@hemoam.org.br"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.hemoam.org.br/"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemocentro do Mato Grosso do Sul**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	Brazil	City	Campo Grande
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	79004-310		
Region	<input type="text"/>				
Address1	Av. Fernando Correia da Costa, 1304				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Okumoto	Osnei	General Director
Dr.	Dalla Nora	Eliana	Coordinator
Dr.	Baseggio	Rosania	Hematologist
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	55-67-3312-1500
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	55-67-312-1533
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	hemosul@fgi.gov.ms.br
WebSiteAddress:	<input type="text"/>











# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemocentro Regional de Joaçaba**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Brazil"/>	PostalCode	<input type="text" value="89600-000"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Av. XV de Novembro,"/>		
Address2	<input type="text" value="49, Centro"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Sra.	<input type="text" value="Calminati"/>	<input type="text" value="Daniela"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
Dr.	<input type="text" value="Silva Machado"/>	<input type="text" value="Eduardo"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="de Melo Carvalho"/>	<input type="text" value="Ozenilda"/>	<input type="text" value="Director"/>
Dr.	<input type="text" value="Dobner"/>	<input type="text" value="Soraya"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="55-49-3522-2811"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="55-49-3522-2811"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hemosc-jba@hemosc.org.br"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hemocentro Regional de Lages

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Brazil"/>	City	<input type="text" value="Lages"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="88501-310"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Rua Felipe Schmidt"/>		
Address2	<input type="text" value="33, Centro"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="55-49-3222-3922"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="55-49-3222-3922"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hemosc-lgs@hemosc.org.br"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hemocentro Regional de Montes Claros**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Brazil"/>	City	<input type="text" value="Montes Claros"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="39401-002"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Rua Urbino Viano, 640"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Afonso Mota"/>	<input type="text" value="Rosimere"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Imaculada Rabelo"/>	<input type="text" value="Magali"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="55-38-3218-7819"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="55-38-3218-7849"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="moc.coordenacao@hemominas.mg.gov.br"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.hemominas.mg.gov.br"/>













## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemocentro Regional de Uberaba**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	Brazil	City	Uberaba
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	38010-240		
Region	<input type="text"/>				
Address1	Rua Getulio Guarita, 250				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dra.	Soares	Sheila	Technical Management
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	55-34-3312-5077
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	55-34-3312-5077
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="ura.gadm@hemominas.mg.gov.br"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.hemominas.mg.gov.br"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemonúcleo de Guarapuava**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Brazil	City	Guarapuava
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	85015-000
Region	<input type="text"/>		
Address1	Rua Afonso Botelho		
Address2	134, Trianon		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Sponholz Venske	Rubens	Hematologist
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	55-42-3622-2819
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	55-42-3622-1300
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	hemogrp@pr.gov.br
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemonúcleo de Santa Casa de Sao Paulo**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Brazil"/>	PostalCode	<input type="text" value="01223-001"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Rua Marques Itaú no. 579 VI Buarque"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Chiattone"/>	<input type="text" value="Carlos Sérgio"/>	<input type="text" value="Director"/>
Mrs.	<input type="text" value="Silva"/>	<input type="text" value="Vânia Maria B."/>	<input type="text" value="Nurse"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="55-11-2176-72005979"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="55-11-3226-7086"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="dir.bs@santacasasp.org.br"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital Brigadeiro, Unidade de Hemofilia**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Brazil"/>	City	<input type="text" value="Sao Paulo"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="01401-000"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Av. Brigadeiro Luis Antonio, 2651"/>		
Address2	<input type="text" value="3 andar"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Foschi"/>	<input type="text" value="Nivia Maria"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Mrs.	<input type="text" value="Frigo"/>	<input type="text" value="Daniela"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="55-11-3170-6290"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="55-11-3170-6120"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hmfbrigadeiro@ig.com.br"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital Sao Vicente de Paulo

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Brazil"/>	PostalCode	<input type="text" value="28360-000"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Rua Tenente José Teixeira, 473 - Centro"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Cavichinni"/>	<input type="text" value="Roberta"/>	<input type="text" value="Physical therapist"/>
Dr.	<input type="text" value="de Oliveira Junior"/>	<input type="text" value="Tácito Assis"/>	<input type="text" value="Dentist"/>
Dra.	<input type="text" value="Chalhub Oliveira"/>	<input type="text" value="Sandra"/>	<input type="text" value="Medical Technician Responsible, Hem"/>
	<input type="text" value="Alberoni da Fonseca"/>	<input type="text" value="Viviane"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
Dr.	<input type="text" value="Figueiredo"/>	<input type="text" value="Ugo Oliveira"/>	<input type="text" value="Dentist"/>
Dr.	<input type="text" value="Oliveira Neto"/>	<input type="text" value="Francisco Assis"/>	<input type="text" value="Director General"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="55-22-3833-9010240"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="55-22-3831-1312"/>
fax work2:	<input type="text" value="55-22-3831-4015"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="s_chalhub@yahoo.com.br"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Instituto de Hemoterapia e de Atividades de Laboratorio Cent

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	Brazil	City	Aracaju
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	49095-300		
Region	<input type="text"/>				
Address1	Av. Trancredo Neves, s				
Address2	Centro Adm. Governador Augusto Franco				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Sra.	Rocha	Adriana	Nurse
Dr.	Passos Menezes	Petruska	Psychologist
Dra.	Teles	Maria Inês	Hematologist
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	55-79-3259-3201
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	hemose@prodase.com.br
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Núcleo de Hematologia e Hemoterapia de Linhares**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Brazil"/>	City	<input type="text" value="Linhares"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="29900-000"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Av. João Felipe Calmon"/>		
Address2	<input type="text" value="1305, Centro"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Sra.	<input type="text" value="Casagrande"/>	<input type="text" value="Marciana"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
Dr.	<input type="text" value="Emerich"/>	<input type="text" value="Marli"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="55-27-3171-4361"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hemoeslinhares@gmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>











## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Serviço Municipal de Hemoterapia de Macaé

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Brazil"/>	City	<input type="text" value="Macaé"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="27913-190"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Rua Dr. Bueno, 40 - Centro"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dra.	Bitencourt Murta	Rosangela	Medical Technician Responsible, Hem
Sra.	Portella Freire	Suzana Almeida	Nurse
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="55-22-2772-5550"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="55-22-2772-5550"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hemoterapia@macae.gov.rj.br"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Clinic of Paediatric Haematology and Oncology**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Bulgaria"/>	City	<input type="text" value="Varna"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="9010"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="1 Hristo Smirnenski Str."/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mrs.	<input type="text" value="Nikolaeva"/>	<input type="text" value="Silvia"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
Dr.	<input type="text" value="Peteva"/>	<input type="text" value="Elina"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="359-52-97-82-85"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="359-52-978-387"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="kidschem@mail.bg"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

National Hospital for Treatment of Haematological Diseases

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Country	<input style="width: 150px;" type="text" value="Bulgaria"/>	City	<input style="width: 150px;" type="text" value="Sofia"/>
StreetAd	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Region	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Address1	<input style="width: 100%;" type="text" value="6 Plovdivsko pole str"/>		
Address2	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Address3	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
address4:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	<input style="width: 150px;" type="text" value="Lissitchkov"/>	<input style="width: 150px;" type="text" value="Toshko"/>	<input style="width: 150px;" type="text" value="Head of Hematology and Transfusiolo"/>
Dr.	<input style="width: 150px;" type="text" value="Zarkova"/>	<input style="width: 150px;" type="text" value="Antoaneta Georgiev"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
phone2:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
phone3:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
phone_work4	<input style="width: 100%;" type="text" value="359-2-9701-235"/>
cellular:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
phone_emergency:	<input style="width: 100%;" type="text" value="359-2-9701-115"/>
Fax:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
fax work:	<input style="width: 100%;" type="text" value="359-2-9701-235"/>
fax work2:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
fax work3:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
email work:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
email work2:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Email:	<input style="width: 100%;" type="text" value="tlissitchkov@yahoo.com"/>
WebSiteAddress:	<input style="width: 100%;" type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Pediatric Clinic - Department of Hematology**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Bulgaria"/>	City	<input type="text" value="Pleven"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="8A Georgi Kotchev str."/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Kostova"/>	<input type="text" value="Svetla"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="359-64-886-506"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="359-64-886-509"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hematology_pleven@abv.bg"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Regional Centre of Transfusiology and Haematology**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Bulgaria"/>	City	<input type="text" value="Stara Zagora"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="6000"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="2 Stoletov Blvd."/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Raicheva"/>	<input type="text" value="Valentina"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Stilianova"/>	<input type="text" value="Maria"/>	<input type="text" value="Director"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="359-42-611-415"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="359-42-600-916"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="rcth_st_zagora@abv.bg"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**University Hospital "Dr. G. Stranski" - Pleven**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Bulgaria	City	Pleven
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	5800
Region	<input type="text"/>		
Address1	Department of Hematology		
Address2	8A Georgi Kotchev Str.		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Penkova	Daniela	<input type="text"/>
Dr.	Antonov	Antonio	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	359-64-886-392
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	359-64-886-507
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	hematology_pleven@abv.org
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

University Hospital St. Georgi - Plovdiv

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Bulgaria"/>	City	<input type="text" value="Plovdiv"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="4002"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Clinic of Haematology"/>				
Address2	<input type="text" value="15A Vasil Aprilov Str."/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Sapunarova"/>	<input type="text" value="Katya"/>	<input type="text"/>
Prof.	<input type="text" value="Goranov"/>	<input type="text" value="Stefan"/>	<input type="text" value="Head of Department"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="359-32-602-298"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="359-32-602-481"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="kasapunarova@mail.bg"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.unihosp.com/"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Angkor Hospital for Children**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Cambodia"/>	City	<input type="text" value="Siem Reap"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="P.O. Box 50"/>		
Address2	<input type="text" value="Tep Vong (Achamean) Road &amp; Oum Chhay Street, Svay Dangcum"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="+855 (0) 63 963409"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text" value="+855 (0) 63 760452"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hengsing2003@yahoo.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>







# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name **Douala General Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province   
Country  City   
StreetAd  PostalCode   
Region   
Address1   
Address2   
Address3   
address4:

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:   
phone2:   
phone3:   
phone\_work4   
cellular:   
phone\_emergency:   
  
Fax:   
fax work:   
fax work2:   
fax work3:   
  
email work:   
email work2:   
Email:   
WebSiteAddress:

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Yaounde Central Hospital

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Cameroon"/>	PostalCode	<input type="text" value="Yaoundé"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Hematology Department"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Ngo Sack"/>	<input type="text" value="Françoise"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Chemegny Chetcha"/>	<input type="text" value="Bernard"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="nsackmakak@yahoo.fr"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Yaounde University Teaching Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Cameroon"/>	City	<input type="text" value="Yaoundé"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Haematology and Transfusion Department"/>		
Address2	<input type="text" value="Melen"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Tayou Tagny"/>	<input type="text" value="Claude Bernard"/>	<input type="text" value="Biologist"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="237 2231 2103143"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="237 2231 4039"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="sylvie.moudourou@gmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Centre de l'hémophilie de l'est du Québec**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Canada	City	Québec City
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	G1J 1Z4
Region	<input type="text"/>		
Address1	CHA Hopital de l'Enfant Jésus		
Address2	1401, 18e Rue		
Address3	Room J-S067, Door D		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mrs.	van Neste	Catherine	Physiotherapist
Ms.	Dionne	Julie	Physiotherapist
Dr.	Demers	Christine	Director
Dr.	Cloutier	Stéphanie	Hematologist
Ms.	Néron	Hélène	Nurse Coordinator
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	418-649-5624
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Children's Hospital of Eastern Ontario

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Canada"/>	City	<input type="text" value="Ottawa"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="K1H 8L1"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Hematology Clinic"/>				
Address2	<input type="text" value="401 Smyth Road"/>				
Address3	<input type="text" value="6W/MDU"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text" value="Labrecque"/>	<input type="text" value="Denise"/>	<input type="text" value="Social Worker"/>
<input type="text"/>	<input type="text" value="Degiovanni"/>	<input type="text" value="Tammy"/>	<input type="text" value="Infirmière directrice"/>
Dr.	<input type="text" value="Klaassen"/>	<input type="text" value="Robert"/>	<input type="text" value="Clinical Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Elliott"/>	<input type="text" value="Brenda"/>	<input type="text" value="Physiotherapist"/>
Ms.	<input type="text" value="Bissonnette"/>	<input type="text" value="Diane"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="613-737-76002368"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="613-738-4846"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="dbissonnette@cheo.on.ca"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

CHU Sainte-Justine

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Canada"/>	City	<input type="text" value="Montreal"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="H3T 1C5"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Centre d'hémostase / Quebec Centre for Inhibitors of Coagulation"/>		
Address2	<input type="text" value="3175 chemin de la Côte Ste-Catherine"/>		
Address3	<input type="text" value="First Floor, Ward 12"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mrs.	<input type="text" value="Amesse"/>	<input type="text" value="Claudine"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Dr.	<input type="text" value="David"/>	<input type="text" value="Michelle"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Mme	<input type="text" value="Douesnard"/>	<input type="text" value="Suzanne"/>	<input type="text" value="Psychologist"/>
Dr.	<input type="text" value="St-Louis"/>	<input type="text" value="Jean"/>	<input type="text"/>
Ms.	<input type="text" value="Lapointe"/>	<input type="text" value="Chantal"/>	<input type="text" value="Physiotherapist"/>
Ms.	<input type="text" value="Tra"/>	<input type="text" value="Caroline"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Dr.	<input type="text" value="Winikoff"/>	<input type="text" value="Rochelle"/>	<input type="text" value="Physician"/>
Mme	<input type="text" value="Meilleur"/>	<input type="text" value="Claude"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator for the Inhibitor C"/>
Ms.	<input type="text" value="Houle"/>	<input type="text" value="Yolaine"/>	<input type="text" value="Social Worker"/>
Mme	<input type="text" value="Bolano-Del Vecchio"/>	<input type="text" value="Diana"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="514-345-4931x 6031"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="514-345-7749"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="claudine_amesse@ssss.gouv.qc.ca"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**CHU Sainte-Justine**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Canada"/>	City	<input type="text" value="Montreal"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="H3T 1C5"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Centre d'hémostase / Quebec Centre for Inhibitors of Coagulation"/>		
Address2	<input type="text" value="3175 chemin de la Côte Ste-Catherine"/>		
Address3	<input type="text" value="First Floor, Ward 12"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mme	<input type="text" value="Thibault"/>	<input type="text" value="Catherine"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="514-345-4931x 6031"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="514-345-7749"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="claudine_amesse@ssss.gouv.qc.ca"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**CHUS - Hôpital Fleurimont**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text" value="Quebec"/>	City	<input type="text" value="Sherbrooke"/>
Country	<input type="text" value="Canada"/>	PostalCode	<input type="text" value="J1H 5N4"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="3001 - 12e Avenue Nord"/>		
Address2	<input type="text" value="Hemophilia"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Castilloux"/>	<input type="text" value="Jean-Francois"/>	<input type="text" value="Co-Director, Hemotologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Charlebois"/>	<input type="text" value="Janie"/>	<input type="text" value="Co-Director, Pediatrician Hemotologis"/>
Mrs.	<input type="text" value="Thompson"/>	<input type="text" value="Marie-Hélène"/>	<input type="text" value="Clinical Nurse Coordinator"/>
Mrs.	<input type="text" value="Beaulieu"/>	<input type="text" value="Christine"/>	<input type="text" value="Physiotherapist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="819-346-1110 ext.14561"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="819-348-3855"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="marie-helene.thompson.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.c"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hamilton Health Sciences Corporation

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Canada"/>	City	<input type="text" value="Hamilton"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="L8N 3Z5"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Hemophilia Program"/>				
Address2	<input type="text" value="Hamilton Health Sciences, McMaster Children's Hospital"/>				
Address3	<input type="text" value="1200 Main Street West"/>				
address4:	<input type="text" value="McMaster Division 3F Clinic"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Chan"/>	<input type="text" value="Anthony"/>	<input type="text" value="Pediatric Hematologist"/>
	<input type="text" value="Waterhouse"/>	<input type="text" value="Linda"/>	<input type="text" value="Social Worker"/>
Ms.	<input type="text" value="Goldsmith"/>	<input type="text" value="Rebecca"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="905-521-210073428"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="905-521-1703"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="decker@hhsc.ca"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemophilia Clinic**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Canada"/>	City	<input type="text" value="Moncton"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="E1C 6Z8"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Horizon Health Network, Zone 1"/>				
Address2	<input type="text" value="135 MacBeath Avenue"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Abdel Samad"/>	<input type="text" value="Nizar"/>	<input type="text" value="Co-Director"/>
Mr.	<input type="text" value="Chase"/>	<input type="text" value="Ernie"/>	<input type="text" value="Social Worker"/>
Mrs.	<input type="text" value="Daigle"/>	<input type="text" value="Stephanie"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Rubin"/>	<input type="text" value="Sheldon"/>	<input type="text" value="Director"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="506-857-5465"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="506-857-5464"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="dorine.belliveau@horizonNB.ca"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemophilia Program**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Canada"/>	City	<input type="text" value="St. John's"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="A1B 3V6"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Eastern Health, Janeway Site"/>		
Address2	<input type="text" value="Rm 2J755"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mrs.	<input type="text" value="MacDonald"/>	<input type="text" value="Jill"/>	<input type="text"/>
Mrs.	<input type="text" value="Sheppard"/>	<input type="text" value="Charlotte"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Mr.	<input type="text" value="Dale"/>	<input type="text" value="Clarke"/>	<input type="text"/>
Mrs.	<input type="text" value="Jones Down"/>	<input type="text" value="Colleen"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Bowes"/>	<input type="text" value="Lynette"/>	<input type="text" value="Pediatric Medical Director"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="709-777-4388"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="709-777-4292"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="charlotte.sheppard@easternhealth.ca"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemophilia Program - Pediatric Division**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Canada"/>	City	<input type="text" value="Vancouver"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="V6H 3V4"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Hematology/Oncology Clinic"/>				
Address2	<input type="text" value="B315, 4480 Oak Street"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mrs.	<input type="text" value="Crilly"/>	<input type="text" value="Erica"/>	<input type="text"/>
Ms.	<input type="text" value="De Marchi"/>	<input type="text" value="Lawren"/>	<input type="text"/>
Ms.	<input type="text" value="Woo"/>	<input type="text" value="Celina"/>	<input type="text"/>
Ms.	<input type="text" value="Hiew"/>	<input type="text" value="Sally"/>	<input type="text" value="Secretary"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="604-875-23455335"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="604-875-2533"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hemophilia_clinic@cw.bc.ca"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemophilia Program Adult Division**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Canada"/>	City	<input type="text" value="Vancouver"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="V6Z 1Y6"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="St. Paul's Hospital"/>		
Address2	<input type="text" value="Burrard Building, Room 419"/>		
Address3	<input type="text" value="1081 Burrard St."/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Sheridan"/>	<input type="text" value="Barbara"/>	<input type="text" value="Clinical Coordinator"/>
Ms.	<input type="text" value="Cave"/>	<input type="text" value="Stacey"/>	<input type="text" value="Physiotherapist"/>
Dr.	<input type="text" value="Yenson"/>	<input type="text" value="Paul"/>	<input type="text" value="Staff Physician"/>
Mrs.	<input type="text" value="Sims"/>	<input type="text" value="Karen"/>	<input type="text" value="Nurse Practitioner"/>
Mrs.	<input type="text" value="Bech"/>	<input type="text" value="Michelle"/>	<input type="text" value="Nurse Practitioner"/>
Mr.	<input type="text" value="Bartholomew"/>	<input type="text" value="Claude"/>	<input type="text"/>
Ms.	<input type="text" value="LeClair"/>	<input type="text" value="Mireille"/>	<input type="text" value="Social Worker"/>
Prof.	<input type="text" value="Jackson"/>	<input type="text" value="Shannon"/>	<input type="text" value="Medical Director"/>
M.	<input type="text" value="Caneloro"/>	<input type="text" value="Alexia"/>	<input type="text" value="Secretary"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="604-806-8855"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="604-806-8784"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="H&amp;HClinics@providencehealth.bc.ca"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="https://www.hemophilia.providencehealthcare.org/"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hereditary Bleeding Disorders Program**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Canada"/>	City	<input type="text" value="Halifax"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="B3H 2Y9"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="QEII Health Sciences Centre"/>				
Address2	<input type="text" value="Rm 4020, Victoria Building"/>				
Address3	<input type="text" value="1276 South Park St."/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Robinson"/>	<input type="text" value="Katherine Sue"/>	<input type="text" value="Medical Director"/>
	<input type="text" value="Bellussi"/>	<input type="text" value="Gail"/>	<input type="text" value="Physiotherapist"/>
Ms.	<input type="text" value="Palmer"/>	<input type="text" value="Janice"/>	<input type="text" value="Physiotherapist"/>
Mrs.	<input type="text" value="Van Oosten"/>	<input type="text" value="Sue"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Ms.	<input type="text" value="Spencer"/>	<input type="text" value="Janice"/>	<input type="text" value="Social Worker"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="902-473-5612"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="902-473-7596"/>
fax work2:	<input type="text" value="902-473-4600"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="susan.vanoosten@cdha.nshealth.ca"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hôpital Maisonneuve-Rosemont**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Canada	City	Montreal
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	H1T 2M4
Region	<input type="text"/>		
Address1	5415 boulevard L'Assomption		
Address2	Dept. d'Hématologie		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	St-Louis	Jean	Medical Director
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	514-252-3400
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	514-254-5094
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	jean.st-louis.1@umontreal.ca
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital for Sick Children

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Canada	City	Toronto
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	M5G 1X8
Region	<input type="text"/>		
Address1	Hemophilia Program		
Address2	Hematology/Oncology Clinic		
Address3	555 University Ave		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	Blanchette	Victor	Director of Hemophilia Program
Ms.	Cottingham	Diana	Social Worker
Ms.	Bouskill	Vanessa	Nurse Practitioner
Dr.	Carcao	Manuel	Director of Hemophilia Program
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	416-813-5871
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	416-813-7701
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	vanessa.bouskill@sickkids.ca
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

IWK Pediatric Bleeding Disorder Clinic

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Canada"/>	City	<input type="text" value="Halifax"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="B3K 6R8"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="IWK Health Centre"/>				
Address2	<input type="text" value="6th Floor Ambulatory Children's Site"/>				
Address3	<input type="text" value="5980 / 5850 University Avenue"/>				
address4:	<input type="text" value="P.O. Box 9700"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Jarock"/>	<input type="text" value="Carolyn"/>	<input type="text" value="Physiotherapist"/>
Ms.	<input type="text" value="Hawes"/>	<input type="text" value="Sue Ann"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Ms.	<input type="text" value="Vaughan"/>	<input type="text" value="Anne"/>	<input type="text" value="Social Worker"/>
Dr.	<input type="text" value="Price"/>	<input type="text" value="Victoria"/>	<input type="text" value="Pediatric Hematologist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="902-470-8752"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="902-470-7208"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="sueann.hawes@iwk.nshealth.ca"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.iwk.nshealth.ca"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

London Health Sciences Centre

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Canada"/>	PostalCode	<input type="text" value="N6A 5W9"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Victoria Hospital, Room B1-301"/>		
Address2	<input type="text" value="800 Commissioners Road East"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="519-685-8500 53582"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="519-685-8543"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="sworhp@lhsc.on.ca"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.lhsc.on.ca/About_Us/Bleeding_Disorder"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Milne-Wren"/>	<input type="text" value="Cindy"/>	<input type="text" value="Social Worker"/>
Ms.	<input type="text" value="Laudenbach"/>	<input type="text" value="Lori"/>	<input type="text" value="Nurse Practitioner"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Soumitra"/>	<input type="text" value="Tole"/>	<input type="text" value="Medical Director (Pediatric)"/>
Mr.	<input type="text" value="Branov"/>	<input type="text" value="Stefan"/>	<input type="text" value="Social Worker"/>
Ms.	<input type="text" value="Hildebrand"/>	<input type="text" value="Diane"/>	<input type="text" value="Laboratory Specialist"/>
Dr.	<input type="text" value="Phua"/>	<input type="text" value="Chai W."/>	<input type="text" value="Medical Director (Adult)"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>







# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Saint John Regional Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	Canada	City	Saint John
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	E2L 4L2		
Region	<input type="text"/>				
Address1	Inherited Bleeding Disorder Clinic				
Address2	400 University Avenue				
Address3	PO Box 2100				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Comeau	Terrance	Hematologist
Ms.	Robichaud	Alison	Physiotherapist
Dr.	Dolan	Sean	Director
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	506-648-7286
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	506-648-7379
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	dlo@reg2.health.nb.ca
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Saskatchewan Bleeding Disorders Program

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Canada"/>	City	<input type="text" value="Saskatoon"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="S7N 0W8"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Royal University Hospital"/>				
Address2	<input type="text" value="103 Hospital Drive, Box 113"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Sinha"/>	<input type="text" value="Roona"/>	<input type="text" value="Hematologist (Pediatric)"/>
Dr.	<input type="text" value="Stammers"/>	<input type="text" value="David"/>	<input type="text" value="Hematologist (pediatric)"/>
Dr.	<input type="text" value="Prokopchuk-Gauk"/>	<input type="text" value="Oksana"/>	<input type="text" value="Hematologist (adult)"/>
Ms.	<input type="text" value="Schlosser"/>	<input type="text" value="Tara"/>	<input type="text" value="Clinical Nurse Coordinator"/>
Dr.	<input type="text" value="Brose"/>	<input type="text" value="Kelsey"/>	<input type="text" value="Medical Director"/>
Ms.	<input type="text" value="McLeod"/>	<input type="text" value="Rachel"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="306-655-6504"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="306-655-6426"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="BleedingDisordersProgram.Sask@saskhealthauthorit"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Southern Alberta Pediatric Bleeding Disorders Program**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Canada"/>	City	<input type="text" value="Calgary"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="T3B 6A8"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Alberta Children's Hospital"/>				
Address2	<input type="text" value="2888 Shaganappi Trail NW"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="403-955-7311"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="4039557393"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Wright"/>	<input type="text" value="Nicola"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Le"/>	<input type="text" value="Doan"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Singh"/>	<input type="text" value="Gurpreet"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Leaker"/>	<input type="text" value="Michael"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Mr.	<input type="text" value="Guilcher"/>	<input type="text" value="Nikki"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Ms.	<input type="text" value="Brooks"/>	<input type="text" value="Julia"/>	<input type="text" value="Physiotherapist"/>
Dr.	<input type="text" value="Steele"/>	<input type="text" value="MacGregor"/>	<input type="text" value="Medical Director"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Sudbury Regional Hospital

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Canada"/>	City	<input type="text" value="Sudbury"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="P3B 0B3"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="31 Alliston St"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
	Mansfield Smith	Linda	Social Worker
Mrs.	Graham	Nicole	Physiotherapist
Mrs.	Paradis	Elizabeth	Nurse Coordinator
Dr.	Gill	Kulwant	Medical Director
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="705-523-7059"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="705-523-7077"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="eparadis@hrsrh.on.ca"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Thunder Bay Regional Health Science Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Canada"/>	City	<input type="text" value="Thunder Bay"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="P7B 6V4"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Hemophilia Program"/>				
Address2	<input type="text" value="980 Oliver Rd."/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Roberts"/>	<input type="text" value="Karen"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Ms.	<input type="text" value="Langen"/>	<input type="text" value="Donna"/>	<input type="text" value="Physiotherapist"/>
Dr.	<input type="text" value="Laferriere"/>	<input type="text" value="Nicole"/>	<input type="text" value="Medical Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Syring"/>	<input type="text" value="Janelle"/>	<input type="text" value="Physiotherapist"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4:	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital Base Osorno**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Chile"/>	City	<input type="text" value="Osorno"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Centro de Hemofilia"/>		
Address2	<input type="text" value="Av. Dr. Guillermo Buhler Nº 1765"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="56-64-259-220"/>
cellular:	<input type="text" value="56-9-9641-5532"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="56-64-259-228"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="odetteamigo@yahoo.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hospital Base Puerto Montt**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Chile	City	Puerto Montt
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	5507798
Region	<input type="text"/>		
Address1	Centro de Hemofilia		
Address2	Seminario S/N		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	56-65-261-171
cellular:	56-9-9647 1603
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	56-65-259-180
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	fcnc@telesur.cl
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital de Victoria

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Chile"/>	City	<input type="text" value="Victoria"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Centro de Hemofilia"/>		
Address2	<input type="text" value="Pedro Darnell S/N."/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="56-45-841-001"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="msmoncada@gamil.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital Del Salvador**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Chile"/>	City	<input type="text" value="Santiago"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="7570808"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Ave. Cuarto Centenario, 1187"/>		
Address2	<input type="text" value="Las Condes"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="56-2-575-3846"/>
cellular:	<input type="text" value="56-9-9236-8284"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="donoscro@vtr.net"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>











## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital Gustavo Fricke**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Chile"/>	PostalCode	<input type="text" value="2570017"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Centro de Hemofilia"/>		
Address2	<input type="text" value="Alvarez Nº 1532"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="56-32-652-272"/>
cellular:	<input type="text" value="56-9-9325-7566"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="mclaudiacarmona@hotmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>







**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hospital Luis Calvo Mackenna**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	Chile	PostalCode	12345
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	Centro de Hemofilia		
Address2	Av. Antonio Varas Nº 360		
Address3	Providencia		
address4:	Escocia Nº 638		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	56-2-575-5800, ext. 1864
cellular:	56-9-9824-1001
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	56-2-236-8529
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	emarzouka@hotmail.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital Regional Antofagasta**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Chile"/>	City	<input type="text" value="Antofagasta"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="1270001"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Centro de Hemofilia"/>		
Address2	<input type="text" value="Avenida Argentina Nº 1964"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="56-55-204-726"/>
cellular:	<input type="text" value="56-9-9703-0098"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="makalobo@vtr.net"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital Regional Coyhaique

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Chile"/>	City	<input type="text" value="Coyhaique"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="5951801"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Centro de Hemofilia"/>		
Address2	<input type="text" value="Jorge Ibar N° 068"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="56-67-262-000"/>
cellular:	<input type="text" value="56-9-9886-7113"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="carlos.vergara@drcolegiado.cl"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>







# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital Roberto del Rio**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Chile"/>	City	<input type="text" value="Santiago"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Centro de Hemofilia"/>		
Address2	<input type="text" value="Avda Profesor Zanutu Nº 1085"/>		
Address3	<input type="text" value="Independencia"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dra.	<input type="text" value="Cortez Salazar"/>	<input type="text" value="Daniela"/>	<input type="text"/>
Ms.	<input type="text" value="Soto Arellano"/>	<input type="text" value="Verónica"/>	<input type="text" value="Jefe Centro Hemoilia a"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="56-2-2575-7947"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="centro.hemofilia@gmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>







# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital San José del Carmen

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Chile"/>	City	<input type="text" value="Copiapo"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Centro de Hemofilia"/>				
Address2	<input type="text" value="O'Higgins esquina Vicuña S/N"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="56-52-471-250"/>
cellular:	<input type="text" value="56-9-9441-6794"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="nancycopi@gmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

Hospital San Pablo

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Country	Chile	City	Coquimbo
StreetAd	<input style="width: 95%;" type="text"/>	PostalCode	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Region	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Address1	Centro de Hemofilia		
Address2	Avenida Videla S/N		
Address3	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
address4:	<input style="width: 95%;" type="text"/>		

phone 1:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
phone2:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
phone3:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
phone_work4	56-51-206-255
cellular:	56-9-9846-0744
phone_emergency:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Fax:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
fax work:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
fax work2:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
fax work3:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
email work:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
email work2:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Email:	vivanabarca@hotmail.com
WebSiteAddress:	<input style="width: 95%;" type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>





## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

First Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	China	City	Xi'an
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	710061
Region	<input type="text"/>		
Address1	Department of Haematology		
Address2	No. 1 Jiankang Road		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	86-29-85324135
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	86-29-85324085
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	zhangmei@medmail.com.cn
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Guangdong Provincial People's Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="China"/>	City	<input type="text" value="Guangzhou"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="510080"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="106 Zhong Shan Er Road"/>				
Address2	<input type="text" value="Department of Hematology"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Du"/>	<input type="text" value="Xin"/>	<input type="text"/>
	<input type="text" value="Chang"/>	<input type="text" value="Yanjun"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
Dr.	<input type="text" value="Zeng"/>	<input type="text" value="Shuyan"/>	<input type="text" value="Director"/>
	<input type="text" value="Pang"/>	<input type="text" value="Huanhuan"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="86-20-8382-781262122"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="Zengsy@21cn.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.e5413.com/"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Guangzhou Hemophilia Treatment Centre

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	China	City	Guangzhou
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	510515		
Region	<input type="text"/>				
Address1	Department of Hematology				
Address2	Nanfng Hospital				
Address3	Southern Medical University				
address4:	North Guangzhou Avenue, No. 1838				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	Zhao	Jie	Nurse Coordinator
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	86-20-6278-7883
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	86-20-8728-0761
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	jingsun.cn@gmail.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





### HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hubei Clinical and Research Center of Thrombosis and Hemosta

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="China"/>	City	<input type="text" value="Wuhan"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="430022"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Union Hospital, Tongji Medical College"/>		
Address2	<input type="text" value="Department of Hematology"/>		
Address3	<input type="text" value="Huazhong University of Science and Technology"/>		
address4:	<input type="text" value="1277 Jiefang Avenue"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Huafang"/>	<input type="text" value="Wang"/>	<input type="text" value="Physician"/>
Dr.	<input type="text" value="Guo"/>	<input type="text" value="Tao"/>	<input type="text" value="Physician"/>
	<input type="text" value="Fang"/>	<input type="text" value="Yun"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="86-27-8572-6335"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="86-27-8572-6851"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="huyu1964@tom.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**National Taiwan University Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
Country	<input style="width: 80%;" type="text" value="China"/>	City	<input style="width: 80%;" type="text" value="Taipei"/>
StreetAd	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
Region	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
Address1	<input style="width: 90%;" type="text" value="No . 7 Chung-Shan South Road"/>		
Address2	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
Address3	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
address4:	<input style="width: 90%;" type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

phone 1:	<input style="width: 90%;" type="text"/>
phone2:	<input style="width: 90%;" type="text"/>
phone3:	<input style="width: 90%;" type="text"/>
phone_work4	<input style="width: 90%;" type="text" value="886-22-356-2896"/>
cellular:	<input style="width: 90%;" type="text"/>
phone_emergency:	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Fax:	<input style="width: 90%;" type="text"/>
fax work:	<input style="width: 90%;" type="text" value="866-22-395-5072"/>
fax work2:	<input style="width: 90%;" type="text"/>
fax work3:	<input style="width: 90%;" type="text"/>
email work:	<input style="width: 90%;" type="text"/>
email work2:	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Email:	<input style="width: 90%;" type="text" value="smc@ha.mc.ntu.edu.tw"/>
WebSiteAddress:	<input style="width: 90%;" type="text"/>



**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Queen Mary Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	China	City	Hong Kong
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	Division of Haematology				
Address2	Pathology Department				
Address3	LG2, Block K Queen Mary				
address4:	Hospital Pokfulam Road				

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	852-2817-7565
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	ccklam@ha.org.hk
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Rui-Jin Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="China"/>	City	<input type="text" value="Shanghai"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="200025"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Department of Hemostatis and Thrombosis"/>				
Address2	<input type="text" value="Shanghai Second Medical University"/>				
Address3	<input type="text" value="197 Ruijin Road II"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mr.	<input type="text" value="Wang"/>	<input type="text" value="Xuehua"/>	<input type="text"/>
Prof.	<input type="text" value="Wang"/>	<input type="text" value="Hong Li"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="86-21-6437-0045665547"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="86-21-6433-3548"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="wangxf6336@online.sh.cn"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Shandong Center of Hemophilia Diagnosis and Treatment**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="China"/>	City	<input type="text" value="Jinan"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="250014"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Shandong Blood Center"/>		
Address2	<input type="text" value="No. 22, Shanshi East Road"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Zhang"/>	<input type="text" value="XueQin"/>	<input type="text"/>
Ms.	<input type="text" value="Teng"/>	<input type="text" value="Bin"/>	<input type="text" value="Head Nurse"/>
	<input type="text" value="Li"/>	<input type="text" value="Xin-Ye"/>	<input type="text" value="Blood Center Director"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="86-531-81956928"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="86-531-82612514"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="zhangxs8@gmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>







# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Clinica Infantil Colsubsidio

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	Colombia	City	Bogotá
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>	Region	<input type="text"/>
Address1	Pediatric Hematology/Oncology Unit				
Address2	Calle 67, no.10-67, Cons. 309				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	571-254-4200 ext. 8309
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	571-235-2865
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="mparist@yahoo.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Fundación Santa Fé de Bogotá**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Colombia	City	Bogotá
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	Asociación Médica de los Andes		
Address2	Avenida 9 #116-20		
Address3	Consultorio #811		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	57-1-215-0737
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	57-1-214-6668
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	adolfo@adolfollinas@cable.net.co
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital General de Medellín

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	Colombia	City	Medellín
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	Carrera 48 #32-102				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:

phone2:

phone3:

phone\_work4:

cellular:

phone\_emergency:

Fax:

fax work:

fax work2:

fax work3:

email work:

email work2:

Email:

WebSiteAddress:















# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Split Clinical Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Croatia"/>	PostalCode	<input type="text" value="21000"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Pediatric Hematology"/>		
Address2	<input type="text" value="Spinciceva 1"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Kuljis"/>	<input type="text" value="Dubravka"/>	<input type="text" value="Pediatric Haematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Skare"/>	<input type="text" value="Ljubica"/>	<input type="text" value="Haematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Armanda"/>	<input type="text" value="Visnsa"/>	<input type="text" value="Pediatric Haematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Lozic"/>	<input type="text" value="Dominik"/>	<input type="text" value="Haematologist"/>
	<input type="text" value="Snjezana"/>	<input type="text" value="Krpeta"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Dr.	<input type="text" value="Culic"/>	<input type="text" value="Srdjana"/>	<input type="text" value="Pediatric Haemotologist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="385-2-1556-111"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="385-21-556-256"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="srdjana.culic@st.htnet.hr"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**University Hospital REBRO**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Croatia"/>	City	<input type="text" value="Zagreb"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="41000"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Croatian Hemophilia Centre"/>		
Address2	<input type="text" value="Hematology Division, Internal Medicine Dept."/>		
Address3	<input type="text" value="Kispatic 12"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Zupancic Salek	Silva	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="385-1-347-0548"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="385-1-332-4650"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="silva.zupancic-salek@zg.hinet.hr"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Instituto de Hematologia e Inmunologia

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Cuba"/>	PostalCode	<input type="text" value="10800"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Centro de Referencia Nacional"/>		
Address2	<input type="text" value="Apartado Postal 8070"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	<input type="text" value="Ballester"/>	<input type="text" value="José M."/>	<input type="text" value="Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Cao"/>	<input type="text" value="Walkyria"/>	<input type="text" value="Relaciones Internacionales"/>
Prof.	<input type="text" value="Almagro"/>	<input type="text" value="Delfina"/>	<input type="text" value="Coordinadora de la atencion al hemof"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="537-643-8268"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="537-644-2334"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="vanessa.casanova@octapharma.ch"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.sld.cu/sitios/ih"/>





## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Departmenten of Hematology

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Czech Republic"/>	PostalCode	<input type="text" value="400 01"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Hospital Socialni pece 7"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text" value="Libiger"/>	<input type="text" value="Jiri"/>	<input type="text" value="M.D."/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="4204771124847am-12am"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="420-475-682-310"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="jiri.libiger@mnul.cz"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Department of Hematology - University Hospital

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Czech Republic	City	Plzen
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	304 60
Region	<input type="text"/>		
Address1	Alej Svobody 80		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
	Slechtova	Jitka	M.D.
Dr.	Hajsmanova	Zdenka	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	420-377-104-991__7am-3:30pm
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	slechtova@fnplzen.cz
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Department of Hematology and Blood transfusion

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Czech Republic"/>	PostalCode	<input type="text" value="280 00"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Hospital Zizkova 146"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text" value="Chalupova"/>	<input type="text" value="Dagmar"/>	<input type="text" value="M.D."/>
<input type="text" value="Dr."/>	<input type="text" value="Muktar"/>	<input type="text" value="Haruna"/>	<input type="text" value="Consultant Haematologist"/>
<input type="text"/>	<input type="text" value="Senigl"/>	<input type="text" value="Vladimir"/>	<input type="text" value="M.D."/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="4203217563847am-3:30p"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="dagmar.chalupova@nemocnicekolin.cz"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**HEMACENTRUM Ltd.**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Czech Republic"/>	City	<input type="text" value="Plzen"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="326 00"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Specialist Hematology Ambulance and Laboratory"/>				
Address2	<input type="text" value="Francouzská tr. 2 a 4"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Martinkova"/>	<input type="text" value="Ivana"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="420-378-014-322-3"/>
cellular:	<input type="text" value="420-736-535-251"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="martinkova.ivana@hemacentrum.cz"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital Ceske Budejovice**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Czech Republic"/>	City	<input type="text" value="Ceske Budejovice"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Department of Paediatrics"/>		
Address2	<input type="text" value="B. Nemcove 54"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Timr"/>	<input type="text" value="Pavel"/>	<input type="text" value="Consultant Haematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Vonke"/>	<input type="text" value="Ivan"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="420-387-876-355__7:30am-2pm"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="timr@nemcb.cz"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Masaryk Hospital Usti nad Labem

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Czech Republic"/>	City	<input type="text" value="Usti nad Labem"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="401 13"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Department of Pediatrics"/>				
Address2	<input type="text" value="Socialni pece 3316/12A"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Horakova"/>	<input type="text" value="Katerina"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Ullrychova"/>	<input type="text" value="Jana"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Prochazkova"/>	<input type="text" value="Daniela"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Vaskova"/>	<input type="text" value="Alena"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="420-477-112-343__7am-3:30pm"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="420-475-682-310"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="daniela.prochazkova2@kzcr.eu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.kzcr.eu"/>





## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

UH Ostrava

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Czech Republic"/>	City	<input type="text" value="Ostrava-Poruba"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="708 52"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Blood Centre of University Hospital"/>				
Address2	<input type="text" value="17 listopadu 1790"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
	<input type="text" value="Cermakova"/>	<input type="text" value="Zuzana"/>	<input type="text" value="M.D."/>
Dr.	<input type="text" value="Hrdlickova"/>	<input type="text" value="Radomira"/>	<input type="text" value="Consultant Haematologist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="420-597-374-465__7am-3pm"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="420-596-916-379"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="zuzana.cermakova@fno.cz"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.fno.cz"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

University Hospital

Hemophilia Treatment Centre

Province

Country

Czech Republic

City

Hradec Kralove

StreetAd

PostalCode

500 05

Region

Address1

Department of Pediatrics

Address2

Sokolská 581

Address3

address4:

---- Last Name: First Name: Title:

Dr. Hak

Jiri

phone 1:

phone2:

phone3:

phone\_work4

420-495-833-491

cellular:

phone\_emergency:

Fax:

fax work:

fax work2:

fax work3:

email work:

email work2:

Email:

J.Hak@seznam.cz

WebSiteAddress:

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**University Hospital - IV th Internal Department - Haematolog**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Czech Republic"/>	City	<input type="text" value="Hradec Kralove"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="500 12"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="HTC - Heamophilia Treatment Centre"/>		
Address2	<input type="text" value="Sokolská 581"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Maly"/>	<input type="text" value="Jaroslav"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Dulícek"/>	<input type="text" value="Petr"/>	<input type="text" value="M.D."/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="420-495-832-785__7am-3pm__"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="petrdulicek@seznam.cz"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**University Hospital Brno**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Czech Republic"/>	City	<input type="text" value="Brno"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="625 00"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Dpt. of Clinical Hematology"/>				
Address2	<input type="text" value="Unniversity Hospital"/>				
Address3	<input type="text" value="Jihlavska 20"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Smejkal"/>	<input type="text" value="Petr"/>	<input type="text" value="Consultant Haematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Penka"/>	<input type="text" value="Miroslav"/>	<input type="text" value="Head of Dpt. Clin. Haematology"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="420-532-233-061__non-stop"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="420-532-233-061"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="420-532-233-613"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="m.penka@fnbrno.cz"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.fnbrno.cz"/>



**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**University Hospital Motol**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>			
Country	<input type="text" value="Czech Republic"/>	City	<input type="text" value="Prague"/>	
StreetAd	<input type="text"/>		PostalCode	<input type="text" value="150 06"/>
Region	<input type="text"/>			
Address1	<input type="text" value="Department of Paediatric Haematology and Oncology"/>			
Address2	<input type="text" value="V Uvalu 64"/>			
Address3	<input type="text"/>			
address4:	<input type="text"/>			

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Komrska"/>	<input type="text" value="Vladimir"/>	<input type="text" value="M.D."/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="420-224-436-537"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="vladimir.komrska@fnmotol.cz"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

University Hospital Ostrava, Dept. of Paediatrics

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Czech Republic	City	Ostrava-Poruba
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	708 52
Region	<input type="text"/>		
Address1	Unit of Haematology and Haematooncology		
Address2	17 listopadu 1790		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	Blazek	Bohumir	M.D.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	420-597-373-631
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	420-597-37-3503
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	bohumir.blazek@fno.cz
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Aarhus University Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Denmark"/>	City	<input type="text" value="Aarhus N"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="DK-8200"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="The Department of Hematology, Blood Diseases"/>				
Address2	<input type="text" value="Palle Juul-Jensens Boulevard 99"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Adamsen"/>	<input type="text" value="Inger"/>	<input type="text" value="Hemophilia Nurse"/>
Dr.	<input type="text" value="Hvitfeldt Poulsen"/>	<input type="text" value="Lone"/>	<input type="text" value="Chief Physician"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="+45 7845 5199"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="+45 7845 0000"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="haematologiskAfdelingRborger@auh.rm.dk"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="https://www.auh.dk/afdelinger/blodsygdomme/"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Copenhagen University Hospital

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Denmark"/>	City	<input type="text" value="Copenhagen"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="DK- 2100"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="The Department of Hematology, Clinic for Blood Diseases, 4222"/>				
Address2	<input type="text" value="Rigshospitalet"/>				
Address3	<input type="text" value="Blegdamsvej 9"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Leinøe"/>	<input type="text" value="Eva"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Kampmann"/>	<input type="text" value="Peter"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Mourek"/>	<input type="text" value="Jindrich"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ms.	<input type="text" value="Clausen"/>	<input type="text" value="Cecilie Maria Lüthje"/>	<input type="text" value="Hemophilia Nurse"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Funding"/>	<input type="text" value="Eva"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Tølbøll Sørensen"/>	<input type="text" value="Anne Louise"/>	<input type="text"/>
Ms.	<input type="text" value="Schmidt"/>	<input type="text" value="Bolette Bucholdt"/>	<input type="text" value="Hemophilia Nurse"/>
Ms.	<input type="text" value="Dueholm"/>	<input type="text" value="Sille Schou"/>	<input type="text" value="Hemophilia Nurse"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="+45 3545 2084"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="+45 3545 1134"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="45-3545-4772"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="https://www.rigshospitalet.dk/"/>



**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Dominican Republic	City	Santo Domingo
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	Av. Abraham Lincoln esq. Av. Independencia		
Address2	La Feria		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	809-533-1111 ext. 2084
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	809-533-8092
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	rosa_nievesp@hotmail.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital de Especialidades "Eugenio Espejo"**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Ecuador"/>	City	<input type="text" value="Quito"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="15648"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Av. Gran Colombia s"/>		
Address2	<input type="text" value="y Yaguachi"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="593-2-223-0212"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hidalgophd@gmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital Pediátrico "Baca Ortiz"

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Ecuador"/>	City	<input type="text" value="Quito"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Av. Colon y Av. 6 de Diciembre esquina"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="593-2-250-7645"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="593-2-222-2909"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="mbarba303@yahoo.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital Pediátrico "Francisco Icaza Bustamante"

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Ecuador"/>	City	<input type="text" value="Guayaquil"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Av. Quito y Gómez Rendón (esquina)"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="593-4-245-2700"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="593-2-452700"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="dramercymaldonadom@hotmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hospital Regional Ambato**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Ecuador"/>	City	<input type="text" value="Ambato"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Montalvo y Rocafuerte"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="593-8-462-2262"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hospital Rodríguez Zambrano**

Hemophilia Treatment Centre

Province:

Country:  City:

StreetAd:  PostalCode:

Region:

Address1:

Address2:

Address3:

address4:

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:

phone2:

phone3:

phone\_work4:

cellular:

phone\_emergency:

Fax:

fax work:

fax work2:

fax work3:

email work:

email work2:

Email:

WebSiteAddress:

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Servicio de Hematología, Cruz Roja Ecuatoriana Sede Central

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Ecuador"/>	City	<input type="text" value="Quito"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Calle Antonio Elizalde E 4-31 y Gran Colombia"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="593-2-258-2481315"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="593-2-570-424"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="panchocevallos@hotmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Abu El-Rish Pediatric Hospital - Cairo University**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Egypt	City	Cairo
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	Kasr El-Eini Street		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	20-2-23642-6071
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	naglaaomar@yahoo.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>













# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**National Blood Transfusion Services**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Egypt"/>	PostalCode	<input type="text" value="12411"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="51 Wezaret El Zeraa St."/>		
Address2	<input type="text" value="Giza"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="20-237-613-117"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="20-237-613-124"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="faten@mofteh.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text" value="Hamed"/>	<input type="text" value="Soaad"/>	<input type="text" value="Nursing Supervisor"/>
<input type="text"/>	<input type="text" value="Awad"/>	<input type="text" value="Salma"/>	<input type="text" value="Physiotherapist"/>
Dr.	<input type="text" value="Amoura M."/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="Dentist"/>
Dr.	<input type="text" value="Anwar"/>	<input type="text" value="Nader"/>	<input type="text" value="Quality Officer"/>
Dr.	<input type="text" value="Tamer H."/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="Dentist"/>
Dr.	<input type="text" value="Eid"/>	<input type="text" value="Khaled"/>	<input type="text" value="HTC Director"/>
Dr.	<input type="text" value="Moftah"/>	<input type="text" value="Faten"/>	<input type="text" value="General Manager"/>
Dr.	<input type="text" value="Badr"/>	<input type="text" value="Manal"/>	<input type="text" value="Laboratory Supervisor"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Salam El Mohandesin Hospital

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Egypt"/>	City	<input type="text" value="Cairo"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="3 Syria Street,"/>				
Address2	<input type="text" value="Mohandesin"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="20-2-3303-0501"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="20-2-3378-1208"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="gobran@link.net"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Shabrawichi Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>
Country	Egypt
City	Cairo
StreetAd	<input type="text"/>
PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>
Address1	Fenni Square - Dokki
Address2	<input type="text"/>
Address3	<input type="text"/>
address4:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	El Ekiaby	Magdy	Head of Centre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	20-2-3760-6444
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	20-2-3338-4679
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	bloodbank@egypt.com
WebSiteAddress:	http://www.bloodbank-egypt.com









# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital Nacional Rosales

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="El Salvador"/>	City	<input type="text" value="San Salvador"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Servicio de Hematologia"/>				
Address2	<input type="text" value="25 Av. Norte y Final Calle Arce"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Franco Castillo	Ricardo Ernesto	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="503-222-6937"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="503-222-6937"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="medicoshr@unete.com.sv"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.mspas.gob.sv/hrosales"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Keren Treatment Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Eritrea	City	Keren
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	291-401012
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	291-401626
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Massawa Treatment Centre

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Eritrea"/>	City	<input type="text" value="Massawa"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="291-552530"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="291-541262"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**North Estonia Medical Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Estonia	City	Tallinn
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	13419
Region	<input type="text"/>		
Address1	Hematology Department		
Address2	Sütiste tee 19		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Varik	Mirja	<input type="text"/>
Dr.	Vaide	Ines	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	372-6-172-172
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	372-6-172-170
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	mirja.varik@regionaalhaigla.ee
WebSiteAddress:	http://www.regionaalhaigla.ee





## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Tartu University Hospital

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	Estonia	City	Tartu
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	51014		
Region	<input type="text"/>				
Address1	Department of Haematology and BMT				
Address2	Puusepa 8				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Hein	Marju	
Dr.	Kaare	Ain	

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	372-7-319-662
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	372-7-319-503
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	ain.kaare@kliinikum.ee
WebSiteAddress:	http://www.kliinikum.ee

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

Department of Internal Medicine

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Ethiopia"/>	City	<input type="text" value="Addis Ababa"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Haematology/Hemophilia Treatment Center"/>				
Address2	<input type="text" value="Tikur Anbessa Specialized Hospital"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	Gebre-medhin	Amha	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="251- 923-814681"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="amhagm@ethionet.et"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Gondar University Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Ethiopia	City	Gondar
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	Department of Internal Medicine		
Address2	Hemophilia Treatment Center		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	251-912-013475
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	desalewm@yahoo.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital District of Helsinki and Uusimaa

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Finland"/>	PostalCode	<input type="text" value="HUS 00029"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Coagulation Disorders"/>		
Address2	<input type="text" value="Cancer Center"/>		
Address3	<input type="text" value="Division of Hematology"/>		
address4:	<input type="text" value="P.O. Box 372"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text" value="Dr."/>	<input type="text" value="Lassila"/>	<input type="text" value="Riitta"/>	<input type="text" value="Professor"/>
<input type="text" value="Prof."/>	<input type="text" value="Lehtinen"/>	<input type="text" value="Anna-Elina"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="358-9-471- 73841"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="358-9-471-74504"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="riitta.lassila@hus.fi"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.hus.fi/hyytymishairioyksikko"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital District of Helsinki and Uusimaa

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Finland	City	Helsinki
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	Children's Hospital		
Address2	P.O. Box 281		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Mäkipernaa	Anne	Pediatric Haematologist
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	358-50-4279367
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	358-9-471-74707
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	anne.makipernaa@hus.fi
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Kuopio University Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Finland"/>	PostalCode	<input type="text" value="FIN-70210"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Puijon Sairaala"/>		
Address2	<input type="text" value="Division of Hematology"/>		
Address3	<input type="text" value="Puijonlaaksontie 2"/>		
address4:	<input type="text" value="P.O. Box 100"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Nousiainen"/>	<input type="text" value="Tapio"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Prof.	<input type="text" value="Riikonen"/>	<input type="text" value="Pekka"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="358-17-173- 311"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="tapio.nousiainen@kuh.fi"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Oulu University Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Finland"/>	City	<input type="text" value="Oulu"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="OYS 90029"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Department of Hematology and Oncology"/>		
Address2	<input type="text" value="P.O. Box 20"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Harila-Saari"/>	<input type="text" value="Arja"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="358-8-315-2011"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="358-8-315-4801"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="timo.siitonen@ppshp.fi"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Tampere University Hospital

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Finland"/>	City	<input type="text" value="Tampere"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="33521"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Unit of Clinical Haematology in the Department of Internal Medicine."/>				
Address2	<input type="text" value="Teiskontie 35"/>				
Address3	<input type="text" value="P.O. Box 2000"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Laine"/>	<input type="text" value="Outi"/>	<input type="text" value="Haematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Arola"/>	<input type="text" value="Mikko"/>	<input type="text" value="Pediatric Haematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Terävä"/>	<input type="text" value="Venla"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="358-3-311-611"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="358-3-311-65314"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="outi.laine@pshp.fi"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Turku University Central Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Finland"/>	City	<input type="text" value="Turku"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="20521"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Hematology Department"/>				
Address2	<input type="text" value="Kiinamylynkatu 4-8"/>				
Address3	<input type="text" value="P.O. Box 52"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Vesanen"/>	<input type="text" value="Marko"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="358-2-313-1416"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="358-2-313-3043"/>
fax work2:	<input type="text" value="358-2-313-2416"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="marko.vesanen@tyks.fi"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

C.R.T.H. - CHU Charles Nicolle

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	France	City	Rouen
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	76031
Region	<input type="text"/>		
Address1	Institut de Biologie Clinique		
Address2	1, rue de Germont		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Le Cam Duchez	Véronique	
Dr.	Chamouni	Pierre	
Dr.	Borg	Jeanne Yvonne	
Prof.	Vannier	Jean-Pierre	
Ms.	Savary	Isabelle	Infirmière Coordinatrice
Dr.	Schneider	Pascale	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	33-2-3288-8196 (Children)
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	33-2-3288-0419
fax work2:	33-2-3288-0951
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	Jeanne-Yvonne.Borg@chu-rouen.fr
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Centre de référence de la hémophilie**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="France"/>	City	<input type="text" value="Limoges"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="87000"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Service de Pédiatrie - Hôpital de la Mère et de l'Enfant"/>		
Address2	<input type="text" value="8 avenue Dominique Larrey"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Girault"/>	<input type="text" value="Stephane"/>	<input type="text" value="Praticien Hospitalier, Hématologue a"/>
Dr.	<input type="text" value="Oudot"/>	<input type="text" value="Caroline"/>	<input type="text" value="Praticien Hospitalier, Coordonnateur"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="33-55-505-6795"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="caroline.oudot@chu-limoges.fr"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Centre de Référence de la Maladie de Willebrand

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	France	City	Clamart
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	92141
Region	<input type="text"/>		
Address1	Service d'Hématologie biologique		
Address2	Hôpital Antoine Bécère		
Address3	157 rue de la Porte de Trivaux		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	Veyradier	Agnès	Head of Centre
Dr.	Itzhar-Baikian	Nathalie	
Dr.	Fressinaud	Edith	Director
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	33-145-374-295
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	33-146-324-055
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	agnes.veyradier@abc.aphp.fr
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Centre de Traitement de l'Hémophilie

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="France"/>	City	<input type="text" value="Lille"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="59037"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Hématologie"/>				
Address2	<input type="text" value="Hôpital Cardiologique"/>				
Address3	<input type="text" value="Boulevard du Pr. Jules Leclercq"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Narboux"/>	<input type="text" value="C."/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Baillie"/>	<input type="text" value="Sylviane"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
Prof.	<input type="text" value="Goudemand"/>	<input type="text" value="Jenny"/>	<input type="text" value="Directrice du centre"/>
Dr.	<input type="text" value="Beurrier"/>	<input type="text" value="Philippe"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Trillot"/>	<input type="text" value="Nathalie"/>	<input type="text" value="Consultant"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="33-3-2044-4842"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="33-3-2044-6850"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="j-goudemand@chru-lille.fr"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.chru-lille.fr"/>

HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Centre d'Hémophiles Adultes Amiens

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>
Country	France
City	Amiens
StreetAd	<input type="text"/>
PostalCode	80054
Region	<input type="text"/>
Address1	Laboratoire d'Hématologie
Address2	Place Victor Pauchet
Address3	Hôpital Nord
address4:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mme	Sénéchale	Pascale	Nurse
Dr.	Voyer	Anne Lise	

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	33-322-668-455
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	33-322-668-471
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	ctheadultes@chu-amiens.fr
WebSiteAddress:	<input type="text"/>







# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Centre hospitalier du Mans**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="France"/>	City	<input type="text" value="Le Mans"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="72037"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="194 av. Rubillard"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Moreau"/>	<input type="text" value="Philippe"/>	<input type="text" value="Adult"/>
Dr.	<input type="text" value="Tarral"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Pouille"/>	<input type="text" value="Odile"/>	<input type="text" value="Child"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="33-243-434-343Adult"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="33-43-432-748"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Centre Hospitalier Universitaire de Brest**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	France	City	Brest
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	29609
Region	<input type="text"/>		
Address1	Centre Régional de traitement de l'hémophilie et des maladies hémorragiques -		
Address2	pathologies de l'hémostase et de la coagulation		
Address3	CHU Morvan		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mme	Pan-Petesch	Brigitte	Coordinator
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	33-298-223-650 (secrétariat)
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	33-298-347-033
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	33-298-223-892
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	brigitte.pan-petesch@chu-brest.fr
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Centre Regional de traitement de l'hémophilie de Franche Com**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="France"/>	City	<input type="text" value="Besançon"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="25020"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="EFS - 1 Blvd. Fleming"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Bertrand"/>	<input type="text" value="Marie-Anne"/>	<input type="text" value="Coordonateur du CRTH"/>
Dr.	<input type="text" value="Plouvier"/>	<input type="text" value="Emmanuel"/>	<input type="text" value="Pédiatrie"/>
Prof.	<input type="text" value="Deconinck"/>	<input type="text" value="Eric"/>	<input type="text" value="Hématologie adultes"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="33-381-615-684 (secretariat)"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="33-381-218-140"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="33-381-615-660"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hemophilie-fcomte@chu-besancon.fr"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.chu-besancon.fr"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Centre Régional de Traitement de l'Hémophilie de l'Enfant et

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="France"/>	City	<input type="text" value="Amiens"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="80054"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Immuno-Hématologie et Oncologie Pédiatrique"/>				
Address2	<input type="text" value="Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens"/>				
Address3	<input type="text" value="Hôpital Nord"/>				
address4:	<input type="text" value="Place Victor Pauchet"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Pautard-Muchemblé"/>	<input type="text" value="Brigitte"/>	<input type="text" value="Head of department"/>
Dr.	<input type="text" value="Li Thiao Te"/>	<input type="text" value="Valérie"/>	<input type="text" value="Assistant Medical Doctor"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="33-322-667-634"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="33-322-668-284"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="pautard.brigitte@chu-amiens.fr"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Centre Régional de traitement des hémophiles**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	France	City	Bordeaux
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	33035
Region	<input type="text"/>		
Address1	Hôpital Pellegrin		
Address2	1er étage du Tripode		
Address3	Place A. Raba-Léon - BP 24		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Ferrer	Anne-Marie	<input type="text"/>
Dr.	Micheau	Maguy	<input type="text"/>
Dr.	Lauroua	Pierre	<input type="text"/>
Dr.	Guerin	Viviane	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4:	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	33-556-799-804
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	viviane.guerin@chu-bordeaux.fr
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Centre régional de traitement des hémophiles

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="France"/>	City	<input type="text" value="Dijon"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="21000"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Hôpital du Bocage"/>		
Address2	<input type="text" value="Bâtiment Marion"/>		
Address3	<input type="text" value="Rue du Professeur Marion"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Volot"/>	<input type="text" value="Fabienne"/>	<input type="text" value="Responsable de site"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="33-380-293-314"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="33-380-293-424"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="coagulopathie@chu-dijon.fr"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**CHU de Nancy-Brabois**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="France"/>	City	<input type="text" value="Vandoeuvre-les-Nancy"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="54511"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Centre régional de Traitement des Hémophiles"/>				
Address2	<input type="text" value="Hemostasis Laboratory"/>				
Address3	<input type="text" value="University Hospital NANCY-Brabois"/>				
address4:	<input type="text" value="4 rue du Morvan"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Martin"/>	<input type="text" value="Michèle"/>	<input type="text"/>
Mme	<input type="text" value="Chenuel"/>	<input type="text" value="Céline"/>	<input type="text" value="Infirmière coordinatrice"/>
Dr.	<input type="text" value="Frotscher"/>	<input type="text" value="Birgit"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="33-383-153-784"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="33-383-153-796"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="CRTH@chu.nancy.fr"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

### HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**CHU de Saint-Etienne**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	France	City	Saint Etienne
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	42055		
Region	<input type="text"/>				
Address1	Hôpital Nord				
Address2	Laboratoire d'Hématologie				
Address3	Plateau biologique niveau 0				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Berger	<input type="text"/>	Child
Dr.	Tardi	<input type="text"/>	Adult
Dr.	Reynaud	Jacqueline	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	33-477-828-811Adult
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	33-477-828-080Child
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	33-477-828-455
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	jacqueline.reynaud@chu-st-etienne.fr
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**CHU La Timone - Hôpital d'enfants**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="France"/>	City	<input type="text" value="Marseille"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="13385"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Service d'Hématologie Pédiatrique"/>		
Address2	<input type="text" value="Centre d'Hémophiles (enfants/adultes)"/>		
Address3	<input type="text" value="264 Rue Saint-Pierre"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	<input type="text" value="Morange"/>	<input type="text" value="Pierre Emmanuel"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Cohen"/>	<input type="text" value="William"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Falaise"/>	<input type="text" value="Céline"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Pouymayou"/>	<input type="text" value="Katia"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Roche"/>	<input type="text" value="Martine"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="33-491-386-778"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="33-491-386-782nuit"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="33-491-424-621"/>
fax work2:	<input type="text" value="33-491-384-989"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="crth.marseille@ap-hm.fr"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

CHU Service Médecine Interne

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="France"/>	City	<input type="text" value="Fort de France, Martinique"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="97200"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="CRTH - Service 4D"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Brebion"/>	<input type="text" value="Alain"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Pierre-Louis"/>	<input type="text" value="Serge"/>	<input type="text" value="coordonnateur"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="596-552-445"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="596-758-451"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="crth-s.pierre-louis@wanadoo.fr"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**CRTH et des autres maladies hémorragiques constitutionnelles**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="France"/>	City	<input type="text" value="Clermont-Ferrand"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="63003"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="CHU Estaing"/>		
Address2	<input type="text" value="1, place Lucie et Raymond Aubrac"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Marquès-Verdier"/>	<input type="text" value="Alain"/>	<input type="text"/>
	<input type="text" value="Jourdan"/>	<input type="text" value="Magali"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
Dr.	<input type="text" value="Lebreton"/>	<input type="text" value="Aurélien"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Cacheux"/>	<input type="text" value="Victoria"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="33 473 750 074"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="33-473-751-808"/>
fax work2:	<input type="text" value="33-4-7362-5551"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="amarques-verdier@chu-clermontferrand.fr"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hôpital Cochin

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	France	City	Paris
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	75014
Region	<input type="text"/>		
Address1	Centre de traitement de l'hémophilie		
Address2	27, rue du Faubourg Saint Jacques		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Ounnoughene	Nadra	<input type="text"/>
Dr.	Stieltjes	Natalie	Medecin coordonnateur
Dr.	Roussel Robert	Valérie	Medecin
Mme	Michot	Jocelyne	Infirmiere coordonnatrice
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	33-1-5841-2013
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	33-1-5841-2010
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	natalie.stieltjes@cch.aphp.fr
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hôpital de Caen

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="France"/>	City	<input type="text" value="Caen"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="14033"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Centre d'Hémophiles"/>		
Address2	<input type="text" value="Laboratoire d'Hématologie, Niveau 03"/>		
Address3	<input type="text" value="Centre de Prélèvements"/>		
address4:	<input type="text" value="Avenue de la Côte de Nacre"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Pr.	<input type="text" value="REPESE"/>	<input type="text" value="Yohann"/>	<input type="text" value="Coordinator"/>
Dr.	<input type="text" value="GILLET"/>	<input type="text" value="Benjamin"/>	<input type="text" value="Physician"/>
Mr.	<input type="text" value="GUERIN"/>	<input type="text" value="Nicolas"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text" value="In open hours: +33 2 31 06 4849"/>
phone2:	<input type="text" value="Night/Weekend: +33231063106"/>
phone3:	<input type="text" value="and ask for 66-50"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="+33-2-3106-4566"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text" value="consult-labhemato@chu-caen.fr"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="repe-se-y@chu-caen.fr"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="https://www.chu-caen.fr/willebrand.html"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hôpital de Chambéry Centre d'Hémophiles**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="France"/>	City	<input type="text" value="Chambery"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="73011"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="7e étage - bat Borstter Aile C Sud"/>				
Address2	<input type="text" value="8 Square Massalaz"/>				
Address3	<input type="text" value="BP 1125"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Gay"/>	<input type="text" value="Valérie"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="33-4-79-96-50-00"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="33-4-79-96-56-53"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hemovi@ch-chambery.fr"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hôpital Edouard Herriot - CRTH

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="France"/>	City	<input type="text" value="Lyon"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="69437"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Centre de référence de l'Hémophilie"/>				
Address2	<input type="text" value="et autres Maladies Hémorragiques Constitutionnelles"/>				
Address3	<input type="text" value="Pavillon E - 1er étage"/>				
address4:	<input type="text" value="Place d'Arsonval"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Rugeri"/>	<input type="text" value="Lucia"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Mme	<input type="text" value="Guimaraes"/>	<input type="text" value="Marie-Catherine"/>	<input type="text" value="Secretary"/>
Dr.	<input type="text" value="Meunier"/>	<input type="text" value="Sandrine"/>	<input type="text" value="Pediatric Hematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Chamouard"/>	<input type="text" value="Valerie"/>	<input type="text" value="Pharmacist"/>
Mme	<input type="text" value="Garcia"/>	<input type="text" value="Angèle"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
Dr.	<input type="text" value="Lienhart"/>	<input type="text" value="Anne"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Dargaud"/>	<input type="text" value="Yesim"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Prof.	<input type="text" value="Négrier"/>	<input type="text" value="Claude"/>	<input type="text" value="Coordinator"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="33-472-117-365"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>

Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="33-472-117-340"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>

email work:	<input type="text"/>
-------------	----------------------

email work2:	<input type="text"/>
--------------	----------------------

Email:	<input type="text" value="claude.negrier@chu-lyon.fr"/>
--------	---

WebSiteAddress:	<input type="text"/>
-----------------	----------------------

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hôpital Hôtel Dieu- CRTH

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="France"/>	PostalCode	<input type="text" value="44093"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Immeuble J. Monnet"/>		
Address2	<input type="text" value="30 Blvd Jean Monnet"/>		
Address3	<input type="text" value="Place Alexis Ricordeau"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Sigaud"/>	<input type="text" value="Marianne"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Trossaërt"/>	<input type="text" value="Marc"/>	<input type="text" value="Director"/>
Dr.	<input type="text" value="Lefrançois"/>	<input type="text" value="Armelle"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Ternisien"/>	<input type="text" value="Catherine"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Fouassier"/>	<input type="text" value="Marc"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="33-240-087-468"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="33-240-084-259"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="crth@chu-nantes.fr"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hôpital Mignot Centre d'Hémophiles

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	France	City	Le Chesnay
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	78157		
Region	<input type="text"/>				
Address1	Centre Hospitalier de Versailles				
Address2	177 rue de Versailles				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mme	Ferre	Emmanuelle	Nurse
Dr.	Peynet	Jocelyne	Medical Manager
Dr.	Bastenaire	Brigitte	Hemostasis laboratory
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	33-1-3963-8745
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	33-1-3963-8740
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	jpeynet@ch-versailles.fr
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hôpital Necker- CRTH

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	France	City	Paris
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	75743
Region	<input type="text"/>		
Address1	149 Rue de Sevres		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Achille	Aouba	
Dr.	Rothschild	Chantal	Head of Center
Mme	Makhloufi	Maliba	Nurse

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	33-1-4449-5273
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	33-6-7067-5223
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	33-1-4449-5756
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	laurent.frenzel@nck.aphp.fr
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hôpital Purpan Centre Régional d'Hémophilie**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	France	City	Toulouse
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	31059		
Region	<input type="text"/>				
Address1	URM 3ieme étage				
Address2	Place Dr Baylac				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Claeysens	Segolène	<input type="text"/>
Dr.	Thiercelin-Legrand	Marie Francoise	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	33-561-776-818
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	33 561 777 177
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	claeysens.s@chu-toulouse.fr
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hôpital Saint-Eloi

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="France"/>	City	<input type="text" value="Montpellier"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="34295"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Centre Régional de Traitement des Hémophiles"/>				
Address2	<input type="text" value="80 Avenue Augustin Fliche"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Codine"/>	<input type="text" value="Philippe"/>	<input type="text" value="Physiotherapist"/>
Dr.	<input type="text" value="Donadio"/>	<input type="text" value="Daniel"/>	<input type="text" value="Haematologist"/>
Prof.	<input type="text" value="Schved"/>	<input type="text" value="Jean-François"/>	<input type="text" value="Chief of the Hematology Department"/>
Dr.	<input type="text" value="Navarro"/>	<input type="text" value="Robert"/>	<input type="text" value="Haematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Biron-Andreani"/>	<input type="text" value="Christine"/>	<input type="text" value="Manager of the Hemophilia Centre"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="33-467-337-771"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="33-467-337-242"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="crth@chu-montpellier.fr"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hôpital Simone Veil (GH Eaubonne-Montmorency)

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	France	City	Montmorency
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	95160	Region	<input type="text"/>
Address1	1 rue Jean Moulin				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Hassoun	Abel Alain	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text" value="(+33) 1 34 61 52 50"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="33-1-34066190"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="33-1-34066188"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="elisabeth_sandjivy@shire.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Service de Pédiatrie, Hôtel-Dieu

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="France"/>	City	<input type="text" value="Clermont-Ferrand"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="63003"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Avenue Leon Malfreyt"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Doré"/>	<input type="text" value="Eric"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Gembara"/>	<input type="text" value="Piotr"/>	<input type="text"/>
Ms.	<input type="text" value="Barbin"/>	<input type="text" value="Anne-Lise"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="33-473-750-009"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="33-473-750-010"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="e.dore@chu-clermontferrand.fr"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>







## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**K. Eristavi National Center of Experimental and Clinical Surgery- Clinic  
"Akhali Sitsotskhle"**

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Georgia"/>	PostalCode	<input type="text" value="0159"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Lubljana St. 29"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Chomakhidze"/>	<input type="text" value="Konstantin"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Makhaldiani"/>	<input type="text" value="Levan"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Nadiradze"/>	<input type="text" value="Tamar"/>	<input type="text" value="Pediatric Hematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Ramishvili"/>	<input type="text" value="Lia"/>	<input type="text" value="Physiotherapist"/>
Dr.	<input type="text" value="Khomasuridze"/>	<input type="text" value="Romanoz"/>	<input type="text" value="Doctor Coordinator"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text" value="+995) 597 002748"/>
phone2:	<input type="text" value="+995) 599 773340"/>
phone3:	<input type="text" value="+995 599 930595"/>
phone_work4	<input type="text" value="+995) 593 180798"/>
cellular:	<input type="text" value="+995) 599 100254"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="+995) 597 002748"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text" value="konstantine.chomakhidze@gmail.com"/>
email work2:	<input type="text" value="levan.makhaldiani@gmail.com"/>
Email:	<input type="text" value="tnadiradze@yahoo.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="likarami2001@gmail.com / romanoz1964@gmail.co"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**M. Iashvili Children's Central Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Georgia"/>	City	<input type="text" value="Tbilisi"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="0159"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Georgian Fund of Pediatric Hematology"/>				
Address2	<input type="text" value="Lubiana St. 2/6"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Nadiradze"/>	<input type="text" value="Tamar"/>	<input type="text" value="Pediatric Hematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Shengelaia"/>	<input type="text" value="Asmat"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text" value="(+955) 577 100-833"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="(+995) 593 180-798"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="(+995) 593 180-798"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text" value="tnadiradze@yahoo.com"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Medical Centre of Kutaisi**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Georgia"/>	City	<input type="text" value="Kutaisi"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Javakhishvili street N83a"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Bibichadze"/>	<input type="text" value="Khatuna"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="995-599-70-58-58"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="x-bibichadze@mail.ru"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**New Vision University Hospital**

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Georgia"/>	City	<input type="text" value="Tbilisi"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="0159"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Lubiana St. 2/26"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Malkhaz"/>	<input type="text" value="Pirpilashvili"/>	<input type="text" value="Orthopedist"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text" value="+995) 599 578302"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="+995) 599 578302"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text" value="mpirpilashvili@yahoo.com"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Asklepios Hospital Stadtroda**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Country	<input style="width: 80%;" type="text" value="Germany"/>	City	<input style="width: 80%;" type="text" value="Stadtroda"/>
StreetAd	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Region	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Address1	<input style="width: 95%;" type="text" value="Adult Haemophilia Center"/>		
Address2	<input style="width: 95%;" type="text" value="Internal Medicine"/>		
Address3	<input style="width: 95%;" type="text" value="Bahnhofstrasse 1 a"/>		
address4:	<input style="width: 95%;" type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

phone 1:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
phone2:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
phone3:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
phone_work4	<input style="width: 95%;" type="text" value="49-36428-56-10"/>
cellular:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
phone_emergency:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Fax:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
fax work:	<input style="width: 95%;" type="text" value="49-36428-56-1474"/>
fax work2:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
fax work3:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
email work:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
email work2:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Email:	<input style="width: 95%;" type="text" value="g.syrbe@asklepios.com"/>
WebSiteAddress:	<input style="width: 95%;" type="text" value="http://www.asklepios.com"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Carl-Thiem-Klinikum**

Hemophilia Treatment Centre

Province:

Country:  City:

StreetAd:  PostalCode:

Region:

Address1:

Address2:

Address3:

address4:

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Rettschlag"/>	<input type="text" value="J"/>	<input type="text"/>
Mrs.	<input type="text" value="Boeschow"/>	<input type="text" value="Gundula"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Holfeld"/>	<input type="text" value="E."/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:

phone2:

phone3:

phone\_work4:

cellular:

phone\_emergency:

Fax:

fax work:

fax work2:

fax work3:

email work:

email work2:

Email:

WebSiteAddress:







## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Coagulation Center Rhein Ruhr**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Germany	City	Duisburg
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	47051
Region	<input type="text"/>		
Address1	Children's Hospital		
Address2	Haematology and Transfusion Medicine		
Address3	Koenigstr. 13		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Kappert	Günther	<input type="text"/>
Dr.	Rott	Hannelore	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	00492033483360
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	49-203-348 336-36
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	susan.Halimeh@gzrr.de
WebSiteAddress:	http://www.gzrr.de

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Dr. von Haunersches - Children's Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Germany"/>	City	<input type="text" value="Munich"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="80337"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="University München"/>		
Address2	<input type="text" value="Lindwurmstrasse 4"/>		
Address3	<input type="text" value="Pediatric Hemophilia Centre"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Bidlingmaier"/>	<input type="text" value="Christoph"/>	<input type="text" value="Physician"/>
Ms.	<input type="text" value="Kügler"/>	<input type="text" value="Bettina"/>	<input type="text" value="Coordinator"/>
Ms.	<input type="text" value="Schleiermacher"/>	<input type="text" value="Anja"/>	<input type="text" value="Social Worker"/>
Dr.	<input type="text" value="Olivieri"/>	<input type="text" value="Martin"/>	<input type="text" value="Physician"/>
Dr.	<input type="text" value="Hütker"/>	<input type="text" value="Sebastian"/>	<input type="text" value="Physician"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="49-89-5160-2811"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="49-89-5160-4453"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="Karin.Kurnik@med.uni-muenchen.de"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.kinderspital.de"/>





HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Helios-Clinic Erfurt GmbH

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Germany"/>	City	<input type="text" value="Erfurt"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="99089"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="4th Clinic for Internal Medicine"/>		
Address2	<input type="text" value="Nordhäuser-Straße 74"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Schubert"/>	<input type="text" value="Christine"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:

phone2:

phone3:

phone\_work4:

cellular:

phone\_emergency:

Fax:

fax work:

fax work2:

fax work3:

email work:

email work2:

Email:

WebSiteAddress:











## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Klinik für Innere Medizin II**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Germany	City	Jena
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	D-07740
Region	<input type="text"/>		
Address1	Adult Haematology and Onkology		
Address2	Erlanger Allee 101		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Schilling	Kristina	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	49-3641-93-242 60
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	49-3641-93-242 62
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	kristina.schilling@med.uni-jena.de
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Kooperationszentrum für Hämostaseologie**

Hemophilia Treatment Centre

Province:

Country:  City:

StreetAd:  PostalCode:

Region:

Address1:

Address2:

Address3:

address4:

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Kentouche	Karim	

phone 1:

phone2:

phone3:

phone\_work4:

cellular:

phone\_emergency:

Fax:

fax work:

fax work2:

fax work3:

email work:

email work2:

Email:

WebSiteAddress:





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Ludwig-Maximilians University

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Germany"/>	City	<input type="text" value="Friedberg"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="D 86316"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Friedberg harthausen"/>		
Address2	<input type="text" value="Am Steinberg 6"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	<input type="text" value="Spannagl"/>	<input type="text" value="Michael"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="49-89-5160-2226"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="49-89-5160-7556"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="michael.spannagl@med.uni-muenchen.de"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Medical Klinik 5

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Germany	City	Nürnberg
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	90471
Region	<input type="text"/>		
Address1	Haematology and Onkology		
Address2	Breslauer Straße 201		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Wilhelm	Martin	<input type="text"/>
Dr.	Klier	Norbert	<input type="text"/>
Dr.	Sebiger	Renate	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	49-911-398-2939 Süd
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	49-911-398-5239
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Medizinische Universitätsklinik Freiburg**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Germany"/>
City	<input type="text" value="Freiburg"/>
StreetAd	<input type="text"/>
PostalCode	<input type="text" value="79106"/>
Region	<input type="text"/>
Address1	<input type="text" value="Abt. Klinische Chemie"/>
Address2	<input type="text" value="Hugstetterstraße 55"/>
Address3	<input type="text"/>
address4:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="49-761-270 377 90"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="49-761-270 344 40"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="ulrich.geisen@uniklinik-freiburg.de"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>







## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Praxis

Hemophilia Treatment Centre

Province

Country

Germany

City

Köln

StreetAd

PostalCode

50677

Region

Address1

Internal 'Medicine, Hematology, Oncologiy

Address2

Sachsenring 69

Address3

address4:

phone 1:

phone2:

phone3:

phone\_work4

49-221-931-822 0

cellular:

phone\_emergency:

Fax:

fax work:

49-221-931-822 9

fax work2:

fax work3:

email work:

email work2:

Email:

severin@oncokoeln.de

WebSiteAddress:

---- Last Name: First Name: Title:

Dr. Severin

Karl



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Praxis for Internal Medicine and Haematologie, Haemostaseolo**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Germany"/>	City	<input type="text" value="Dresden"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="01307"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Arnoldstrasse 18"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Wolf"/>	<input type="text" value="T."/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Wolf"/>	<input type="text" value="Heiner"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Illmer"/>	<input type="text" value="Thomas"/>	<input type="text"/>
	<input type="text" value="Kleinfeld"/>	<input type="text" value="Antje"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="49-351-447 23 40"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="49-351-447 23 411"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hewolf@dgn.de"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Praxis und Labor zur

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Germany"/>	City	<input type="text" value="Frankfurt am Main"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="60596"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Haemostas-Frankfurt"/>				
Address2	<input type="text" value="Gartenstrasse 134"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Mahnel"/>	<input type="text" value="Rene"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Mondorf"/>	<input type="text" value="Wolfgang"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Mondorf"/>	<input type="text" value="Christina"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="49-69-605-0130"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="49-69-605-01320"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="haemostas-frankfurt@t-online.de"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.haemostas.de"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Städtisches Klinikum Braunschweig**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Germany"/>	City	<input type="text" value="Braunschweig"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="38118"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Gerinnungssprechstunde"/>				
Address2	<input type="text" value="Children's Hospital"/>				
Address3	<input type="text" value="Holwedestraße 16"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Eberl"/>	<input type="text" value="Wolfgang"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Sandvoss"/>	<input type="text" value="Achim"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="49-531-595-14 24"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="49-531-595-14 00"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="w.eberl@klinikum-braunschweig.de"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Universitätsklinik Muenster

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Germany	City	Muenster
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	48129
Region	<input type="text"/>		
Address1	Haemophilia Care Center for Adults		
Address2	Albert-Schweizer-Straße 33		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Mesters	Rolf	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	49-251-834-80-11
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	49-251-834-8745
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	rolf.mesters@ukmuenster.de
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Universitätsklinikum Charité

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Germany"/>	City	<input type="text" value="Berlin"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="13353"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Charité"/>		
Address2	<input type="text" value="Campus Virchow Klinikum Universitätsmedizin Berlin"/>		
Address3	<input type="text" value="Augustenburger Platz 1"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Riess"/>	<input type="text" value="Hanno"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="49-30-450-533-219"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="49-30-450-553901"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hanno.riess@charite.de"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>









HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

University Hospital

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Germany	City	Mainz
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	55101
Region	<input type="text"/>		
Address1	Hamophiliezentrum		
Address2	Langenbeckstrasse 1		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Scharrer	Inge	Gerinnungsambulanz
Dr.	von Auer	Charis	

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	49-6131-17-6004
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	49-6131-17-3449
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	inge.scharrer@unimedizin-mainz.de
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**University Hospital Carl-Gustav-Carus**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Germany"/>	City	<input type="text" value="Dresden"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="D-01307"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Fetscherstr. 74"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof. Dr.	<input type="text" value="Platzbecker"/>	<input type="text" value="Uwe"/>	<input type="text"/>
Prof. Dr.	<input type="text" value="Knoefler"/>	<input type="text" value="Ralf"/>	<input type="text" value="Hemophilia Treatment Centre Directo"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="49-351-458-3487"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="49-351-458-5788"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="ralf.knoefler@uniklinikum-dresden.de"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**University Hospital Duesseldorf**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Germany"/>	City	<input type="text" value="Dusseldorf"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="40225"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Department of Hemostasis and Transfusion Medicine"/>		
Address2	<input type="text" value="Comprehensive Hemophilia Care Center"/>		
Address3	<input type="text" value="Moorenstrasse 5"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Bomke"/>	<input type="text" value="Barbara"/>	<input type="text" value="Senior Investigator"/>
Dr.	<input type="text" value="Scharf"/>	<input type="text" value="Rudiger"/>	<input type="text" value="Director"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="49-211-811-7473"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="49-211-811-6221"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="Sekretariat-IHTM@med.uni-duesseldorf.de"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.uniklinik-duesseldorf.de/transfusionsme"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

University Hospital Duesseldorf

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Germany	City	Dusseldorf
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	40225
Region	<input type="text"/>		
Address1	Children's Hospital		
Address2	Clinic for Pediatric Hematology, Oncology and Clinical Immunology		
Address3	Moorenstrasse 5		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Laws	Hans-Jürgen	Head
Dr.	Weinspach	Sebastian	
Ms.	Boxnic	Bianca	Nurse
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	49-211-811-8590
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	49-211-811-6206
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	laws@med.uni-duesseldorf.de
WebSiteAddress:	www.uniklinik-duesseldorf.de/kinder-onkologie

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**University Hospital Halle**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Germany"/>	City	<input type="text" value="Halle"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="D-06120"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Department of Paediatrics"/>				
Address2	<input type="text" value="Ernst-Grube-Strasse 40"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Mauz-Koerholz	Christine	

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="49-345-557-3292"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="49-345-557-2389"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="christine.mauz-koerholz@medizin.uni-halle.de"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.medicin.uni-halle.de/kkh"/>









# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**University Hospital Leipzig**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	Germany	City	Leipzig
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	04103		
Region	<input type="text"/>				
Address1	Department of Haematology				
Address2	Children's Hospital				
Address3	Liebigstrasse 20A				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Fischer	Lars	
Prof.	Lenk	Harald	

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	49-341-972-6333
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	49-341-972-6099
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	harald.lenk@medizin.uni-leipzig.de
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**University Hospital Magdeburg**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Germany"/>	City	<input type="text" value="Magdeburg"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="39120"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Children's Hospital"/>		
Address2	<input type="text" value="Dept. of Ped. Hematology and Oncology"/>		
Address3	<input type="text" value="Leipziger Strasse 44, House 10"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Aumann"/>	<input type="text" value="Volker"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="49-391-672-4103"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="49-391-672-4252"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="volker.aumann@med.ovgu.de"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.med.uni-magdeburg.de/fme/zkh/klinik2"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**University Hospital Saarland - Hemophilia Comprehensive Care**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Germany"/>	City	<input type="text" value="Homburg/Saar"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="66424"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="adults: Institut für Klinische Hämostaseologie und Transfusionsmedizin"/>				
Address2	<input type="text" value="Kirrberger str. (Geb. 75)"/>				
Address3	<input type="text" value="Kirrberger Str. (Geb. 9)"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Graf"/>	<input type="text" value="Norbert"/>	<input type="text" value="Pediatric Hemophilia, Director"/>
Dr.	<input type="text" value="Schenk"/>	<input type="text" value="Joachim"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Heine"/>	<input type="text" value="Sabine"/>	<input type="text" value="Pediatric Hemophilia"/>
Prof.	<input type="text" value="Eichler"/>	<input type="text" value="Hermann"/>	<input type="text" value="Adult Hemophilia, Director"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="49-6841-162 2533"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="49-6841-162 8453"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="haemostaseologie@uks.eu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.uniklinikum-saarland.de/de"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**University Hospital Schleswig-Holstein**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Germany"/>	City	<input type="text" value="Kiel"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="24105"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Gerinnungszentrum Campus Kiel and Lübeck"/>				
Address2	<input type="text" value="Institut für klinische Chemie"/>				
Address3	<input type="text" value="Arnold-Heller-Straße 3"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Manner"/>	<input type="text" value="Daniela"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Nowak-Goettl"/>	<input type="text" value="Ulrike"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="49-431-597-3225"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="49-431-597-4053"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="leagottl@uksh.de"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

University Hospital Ulm

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Germany"/>	City	<input type="text" value="Ulm"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="89081"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Department of Internal Medicine III"/>		
Address2	<input type="text" value="Albert-Einstein-Allee 23"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="49-731-500-45699"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="49-731-500-45525"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="sabine.struve@uniklinik-ulm.de"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/inner"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

University Hospital Würzburg

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	Germany	City	Wuerzburg
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	97080		
Region	<input type="text"/>				
Address1	Children's Hospital				
Address2	Josef-Schneider-Straße 2				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Wiegering	V.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	49-931-2012-7728
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	49-931-2012-7798
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	wiegering_v@kinderklinik.uni-wuerzburg.de
WebSiteAddress:	<input type="text"/>









# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

University Medical Center Hamburg-Eppendorf

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Germany"/>	City	<input type="text" value="Hamburg"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="20246"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Department of Pediatric Hematology and Oncology"/>				
Address2	<input type="text" value="Martinstrasse 52"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	<input type="text" value="Schneppenheim"/>	<input type="text" value="Reinhard"/>	<input type="text" value="Professor of Pediatrics. Director Depa"/>
	<input type="text" value="Fischer"/>	<input type="text" value="Beate"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
Dr.	<input type="text" value="Hassenpflug"/>	<input type="text" value="Wolf"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Schrum"/>	<input type="text" value="Johanna"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="49-40-7410-58156"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="49-40-7410-54601"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="schneppenheim@uke.uni-hamburg.de"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**University München**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Germany"/>	City	<input type="text" value="Munich"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="80336"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Medical Klinik Innenstadt"/>				
Address2	<input type="text" value="Haematology and Transfusion Medicine"/>				
Address3	<input type="text" value="Ziemssenstraße 1"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	<input type="text" value="Spannagl"/>	<input type="text" value="Michael"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="49-89-5160-2226"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="49-89-5160-7556"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="michael.spannagl@med.uni-muenchen.de"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Werlhof-Institut MVZ

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Germany"/>	City	<input type="text" value="Hannover"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="30159"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Schillerstrabe 23"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Wermes"/>	<input type="text" value="Cornelia"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Von Depka-Prondzins"/>	<input type="text" value="Mario"/>	<input type="text" value="Director"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="49-511-790-0179"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="49-511-790-0180"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="mail@werlhof-institut.de"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.werlhof-institut.de"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Aristotle University of Thessaloniki

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Greece"/>	City	<input type="text" value="Thessaloniki"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="GR-546 42"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Hippocraton Hospital"/>		
Address2	<input type="text" value="2nd Propedeutic Dept of Medicine"/>		
Address3	<input type="text" value="49 Konstantinoupoleos St"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Vakalopoulou"/>	<input type="text" value="Sofia"/>	<input type="text"/>
Prof.	<input type="text" value="Garipidou-Vratskidou"/>	<input type="text" value="Vasillia"/>	<input type="text" value="Director"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="30-2310-892-697"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="30-2310-992-834"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="vgarypid@auth.gr"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Aristotle University of Thessaloniki (Pediatric)**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Greece"/>	City	<input type="text" value="Thessaloniki"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="GR-54642"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Hippokration Hospital"/>				
Address2	<input type="text" value="1st Department of Pediatrics"/>				
Address3	<input type="text" value="49 Konstantinoupoleos St."/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	<input type="text" value="Gompakis"/>	<input type="text" value="Nikolas"/>	<input type="text"/>
Mrs.	<input type="text" value="Lakaki"/>	<input type="text" value="Georgia"/>	<input type="text" value="Haemophilia Nurse"/>
Dr.	<input type="text" value="Teli"/>	<input type="text" value="Aikaterini"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Economou"/>	<input type="text" value="Marina"/>	<input type="text" value="Director"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="30-2310-857111"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="30-2310-857111"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="marina@med.auth.gr"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hippocraton Hospital

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Greece	City	Athens
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	115 27
Region	<input type="text"/>		
Address1	1st Regional Blood Transfusion Centre		
Address2	Haemophilia Centre		
Address3	114 Vasilissis. Sofixs		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Theodossiadis	George	Director
Dr.	Nomikou	Effrosyni	
Dr.	Tsevrenis	Vassilios	
Dr.	Bellia	Marianne	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	30-77-95-814
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	30-210-770-2959
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	gdtheod@hippocratio.gr
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Laikon General Hospital of Athens**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Greece"/>	City	<input type="text" value="Athens"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="GR-115 27"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Blood Center - Haemophilia Treatment Center"/>				
Address2	<input type="text" value="17, Agiou Thoma Street"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Kouraba"/>	<input type="text" value="Anna"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Katsarou"/>	<input type="text" value="Olga"/>	<input type="text" value="Director"/>
Mr.	<input type="text" value="Kelaidis"/>	<input type="text" value="Lefteris"/>	<input type="text" value="Haemophilia Nurse"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="30-213-206-1004"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="30-213-206-1230"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="btchemoph@laiko.gr"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital Escuela**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Honduras"/>	City	<input type="text" value="Tegucigalpa"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="2045"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Ministerio de Salud"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mr.	<input type="text" value="Napky Osorio"/>	<input type="text" value="Gerardo Said"/>	<input type="text" value="Ortopedia Pediatrica"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="504-9982-3032"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital Leonardo Martinez

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Honduras"/>	City	<input type="text" value="San Pedro Sula"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="8 Calle South-West"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="504-9450-1075"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hospital Mario Catarino Rivas**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Honduras"/>	City	<input type="text" value="San Pedro Sula"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Col. Lomas del Potosí"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text" value="504-9991-8122"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**AEK-Honved Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Hungary"/>	PostalCode	<input type="text" value="1134"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="State Health Center"/>		
Address2	<input type="text" value="Robert Karoly krt. 44"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Szelessy"/>	<input type="text" value="Zsuzsanna"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Rona-Tas"/>	<input type="text" value="Agnes"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Nemes"/>	<input type="text" value="László"/>	<input type="text" value="Director"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="36-1-465-1800"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="36-1-465-1807"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="lnemes@hm.gov.hu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.aek.gov.hu"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Bacs-Kiskun Megyei Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Hungary"/>	City	<input type="text" value="Kecskemet"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Department of Internal Medicine"/>		
Address2	<input type="text" value="Nyiri ut 38"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Gurzo"/>	<input type="text" value="Mihaly"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="36-76-516-700 / 6711"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="gurzom@kmk.hu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.kmk.hu"/>











# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Regional Branch of the National Blood Service (OVSZ)**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Hungary"/>	City	<input type="text" value="Sopron"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="H-9400"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Gyori u. 15"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Ors"/>	<input type="text" value="Judit"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="36-99-311-005"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="36-99-523-146"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="sopron@ovsz.hu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.ovsz.hu"/>















HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Regional Branch of the National Blood Service (OVSZ)

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Hungary"/>	PostalCode	<input type="text" value="H-4400"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Szent Istvan ut 68"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Fodor"/>	<input type="text" value="Erzsebet"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="36-42-461-169"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="fodor.erksebet@ovsz.hu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.ovsz.hu/"/>









# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Christian Medical College**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="India"/>	City	<input type="text" value="Kanpur, Uttar Pradesh"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="208016"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Indian Institute of Technology"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="John"/>	<input type="text" value="Judy"/>	<input type="text" value="Physiatrist"/>
Dr.	<input type="text" value="Cherian"/>	<input type="text" value="Vinoos"/>	<input type="text" value="Orthopaedics"/>
Dr.	<input type="text" value="Srivastava"/>	<input type="text" value="Alok"/>	<input type="text"/>
Prof.	<input type="text" value="Nair"/>	<input type="text" value="Sukesh"/>	<input type="text" value="Lab. Diagnosis"/>
Mr.	<input type="text" value="Padankatti"/>	<input type="text" value="Sanjeev"/>	<input type="text" value="Occupational Therapist"/>
Mrs.	<input type="text" value="Tilak"/>	<input type="text" value="Merlyn"/>	<input type="text" value="Lecturer"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="91-416-228-2352"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="91-416-222-6449"/>
fax work2:	<input type="text" value="91-416-223-2035"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="haemat@cmcvellore.ac.in"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://home.cmcvellore.ac.in"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Dr. Ashwin Patel**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	India	City	Ahmedabad
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	380 009
Region	<input type="text"/>		
Address1	Sumurat Laboratories		
Address2	404 Narayan Chamber		
Address3	Opp Havmor Restarant		
address4:	Navarang pura.		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mr.	Hussaini	M.A.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	91-79-2640-2972
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	ghaa@sify.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>







# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Govt. Medical College and Hospital Jammu**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	India	City	Jammu
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	180 001
Region	<input type="text"/>		
Address1	938 A, Sector 9		
Address2	Nanak Nagar		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Sharma	Manoj	<input type="text"/>
Mr.	Sharma	Jagdish	Secretary
Dr.	Dang	Haresh	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	91-0191-2436663
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	0191-2480963
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	hsjc111@yahoo.co.in
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Haemophilia DayCare Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="India"/>	City	<input type="text" value="New Delhi"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="110002"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Maulana Azad Medical College &amp; Lok Nayak Hospital"/>		
Address2	<input type="text" value="BSZ MArg"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Pushpa"/>	<input type="text" value="Sister"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Gupta"/>	<input type="text" value="Naresh"/>	<input type="text" value="Director"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="+91 11 23221922"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="+91 11 23210861"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="haemophiliaindia@gmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hemophilia Society - Salem Chapter

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	India	City	Salem
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	636001
Region	<input type="text"/>		
Address1	87-B, Arunachala Asari Street,		
Address2	Next to City Union Bank ATM,		
Address3	TamilNadu		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mr.	Venkatasubramaniya	R.R	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	+91 99944 56170
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	91427331344
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	salem@hemophilia.in
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

















HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hemophilia Society Bhadrak Chapter

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	India	City	Bhadrak
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	756 100
Region	<input type="text"/>		
Address1	Subham Health Care and Research Centre		
Address2	Naya Bazar		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mr.	Sahoo	Kamal Lochan	Secretary
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	91-678-425-0804
cellular:	09-437-266-324
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	bhadrakchapter@gmail.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>







# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemophilia Society Bhubaneswar Chapter**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="India"/>	City	<input type="text" value="Bhubaneswar"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="751 007"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="578, Sahid Nagar"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mr.	<input type="text" value="Mohanty"/>	<input type="text" value="Srichandan"/>	<input type="text" value="Secretary"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="91-674-254-7851"/>
cellular:	<input type="text" value="09-437-446-287"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hfibbsr@rediffmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>







# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemophilia Society Chennai Chapter**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="India"/>	City	<input type="text" value="Chennai"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="600113"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Comprehensive Care Centre"/>				
Address2	<input type="text" value="Old Blood Bank Building"/>				
Address3	<input type="text" value="Voluntary Health Service Centre"/>				
address4:	<input type="text" value="Taramani Road"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mr.	<input type="text" value="Parthasarathy"/>	<input type="text" value="K."/>	<input type="text" value="Vice-President"/>
Mr.	<input type="text" value="Sathyanarayanan"/>	<input type="text" value="R."/>	<input type="text" value="Treasurer"/>
Mrs.	<input type="text" value="Prabhakaran"/>	<input type="text" value="Rajeswari"/>	<input type="text" value="Secretary"/>
Mr.	<input type="text" value="Subramanian"/>	<input type="text" value="G."/>	<input type="text" value="Key-Person"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="91-984-172-6576"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="91-44-2835-2056"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hsmc1988@gmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemophilia Society Coimbatore Chapter**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="India"/>	City	<input type="text" value="Coimbatore"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="641015"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="235,Kamarajar road,"/>		
Address2	<input type="text" value="Varadharajapuram,"/>		
Address3	<input type="text" value="Upplipalayam-po,"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mrs.	<input type="text" value="Shantimala"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="Secretary"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="91-(0)422-262-7408"/>
cellular:	<input type="text" value="91-999-492-8980"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="91-44-824-0056"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hemop@mdbsnl.net.in"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hemophilia Society Cuddapah Chapter**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="India"/>	City	<input type="text" value="Cuddapah"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="5516310"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="1/75, Chilamkur,"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="91-0856-327-6444"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hficuddapah@yahoo.co.in"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemophilia Society Delhi Chapter**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="India"/>	City	<input type="text" value="New Delhi"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="110 065"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Lions Hospital &amp; Research Centre,"/>		
Address2	<input type="text" value="Village Khizrabad"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="91-11-2692-9281"/>
cellular:	<input type="text" value="981-852-7777"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="91-11-2693-3281"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hemophiliasocietydelhi@gmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hemophilia Society Goa

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="India"/>	City	<input type="text" value="Goa"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="403521"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="House No - 1770 (Plot No 24)"/>		
Address2	<input type="text" value="Journalist Colony"/>		
Address3	<input type="text" value="Alto Porvorim, Bardez"/>		
address4:	<input type="text"/>		

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text" value="91-950-302-1879"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="mchohan@aslicharity.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemophilia Society Guwahati Chapter**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="India"/>	City	<input type="text" value="Guwahati"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="781 001"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Kamarpatty Road,"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="91-361-251-1133"/>
cellular:	<input type="text" value="91-986-402-3021"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hemophiliasociety@hotmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemophilia Society Hubli**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	India	City	Hubli
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	580023
Region	<input type="text"/>		
Address1	House No. 215, Madhura Colony		
Address2	Keshawapur, Hubli		
Address3	Dist. Darwad		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mr.	Udayakumar	G.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	91-934-310-8027
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	udayakumar_canle@yahoo.co.in
WebSiteAddress:	<input type="text"/>













# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemophilia Society Karaikal Chapter**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="India"/>	City	<input type="text" value="Karaikal"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="609602"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Plot No.17, 1 First Cross Road"/>		
Address2	<input type="text" value="No.1 Teachers Nagar"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mr.	<input type="text" value="Colombowala"/>	<input type="text" value="Zulfikar"/>	<input type="text" value="Secretary"/>
Ms.	<input type="text" value="Amritalingam"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text" value="91-989-454-3372"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="karaikal@hemophilia.in"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemophilia Society Kolhapur Chapter**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="India"/>	City	<input type="text" value="Kolhapur"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="416 001"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="C/O. Dobholkar Charitable Hospital"/>		
Address2	<input type="text" value="E-328, New Shahupuri"/>		
Address3	<input type="text" value="Dobholkar corner,"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Sabnis"/>	<input type="text" value="V.S."/>	<input type="text" value="President"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="91-231-265-9273"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hemokop@rediffmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>







**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hemophilia Society Ludhiana**

Hemophilia Treatment Centre

Province:

Country:  City:

StreetAd:  PostalCode:

Region:

Address1:

Address2:

Address3:

address4:

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:

phone2:

phone3:

phone\_work4:

cellular:

phone\_emergency:

Fax:

fax work:

fax work2:

fax work3:

email work:

email work2:

Email:

WebSiteAddress:

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hemophilia Society Madurai Chapter**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="India"/>	City	<input type="text" value="Madurai"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="625 107"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="C/O Meenakshi Mission Hospital &amp; Research Centre"/>		
Address2	<input type="text" value="Lake Area, Malur road"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Krishnamoorthi"/>	<input type="text" value="P."/>	<input type="text"/>
Mr.	<input type="text" value="Manimaran"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="91-452-588-741"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="pkm_dr@yahoo.co.in"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemophilia Society Mumbai Chapter**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="India"/>	City	<input type="text" value="Mumbai"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Flat No. 205, 2nd floor"/>		
Address2	<input type="text" value="Sai Apartment, 64, B, Swarajya Bhavan"/>		
Address3	<input type="text" value="Bhagwan Rao Parelkar Marg,"/>		
address4:	<input type="text" value="Parel Village"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Gadhave"/>	<input type="text" value="Balshiram"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="91-22-2415-8315"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="mumbai@hemophilia.in"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>











## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemophilia Society Patna Chapter**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="India"/>	City	<input type="text" value="Patna"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="800 001"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Hemophilia Hospital,"/>		
Address2	<input type="text" value="Income Tax Crossing,"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mr.	<input type="text" value="Shailendra"/>	<input type="text" value="Kumar"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="91-612-220-5258"/>
cellular:	<input type="text" value="91-943-101-1115"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="goodwork111@rediffmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemophilia Society Rajkot Chapter (Affiliated HFI)**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	India	City	Rajkot
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	360 005
Region	<input type="text"/>		
Address1	Happy Home		
Address2	Kanak Road		
Address3	Opp. Fire Brigade		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Kothari	Hiren	Orthapoedic Surgeon
Dr.	Popat	Yagnesh	Pediatric Physician
Mr.	Avashia	Kiran	Secretary
Mr.	Vora	Indubhai	President
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	91-281-222-6233
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	rajkot@hemophilia.in
WebSiteAddress:	<input type="text"/>











### HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemophilia Society Surat chapter**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="India"/>	City	<input type="text" value="Surat"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="395001"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="4, Shiv Darshan Apartment"/>				
Address2	<input type="text" value="Near Subhash Chowk"/>				
Address3	<input type="text" value="Chanlagalli, Gopipura"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mr.	Jariwala	Ganesh	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="91-261-259-5880"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hscsurat@yahoo.co.in"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemophilia Society Tinsukia**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	India	City	Tinsukia
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	786 125
Region	<input type="text"/>		
Address1	C/O, Sonika, Daily Bazar,		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mr.	Dutta	Debasish	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:

phone2:

phone3:

phone\_work4

cellular:

phone\_emergency:

Fax:

fax work:

fax work2:

fax work3:

email work:

email work2:

Email:

WebSiteAddress:







# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemophilia Society Vadodara**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	India	City	Vadodara
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	390 911		
Region	<input type="text"/>				
Address1	A-8, Riddhi Siddhi Society				
Address2	Manjalpur G. I. D. C. Road				
Address3	Manjalpur				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	91-265-264-9486
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="bellan@satyam.net.in"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemophilia Society Varanasi Chapter**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="India"/>	City	<input type="text" value="Varanasi"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="221 007"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input ashadeep"="" type="text" value="Hemophilia Care Centre "/>				
Address2	<input 5"="" type="text" value="SA-21/122-50, Madhukar Nagar, Rupanpur (Natu) Sarnath Road,&lt;/input&gt;&lt;/td&gt;&lt;/tr&gt;&lt;tr&gt;&lt;td&gt;Address3&lt;/td&gt;&lt;td colspan="/> <input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mr.	<input type="text" value="Pandey"/>	<input type="text" value="O.P."/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text" value="91-941-522-3214"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="varanasi@hemophilia.in"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.pwhcare.org"/>







**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hemophilic Society Panchkula**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="India"/>	City	<input type="text" value="Panchkula"/>
StreetAd	<input type="text"/>		PostalCode <input type="text" value="134 113"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="The Hemophilic Patients Welfare Society Panchkula"/>		
Address2	<input type="text" value="H. No:- 851, Sector - 10"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mr.	<input type="text" value="Singla"/>	<input type="text" value="Rajat"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text" value="91-946-383-36021"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hpws.pkl@gmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>







## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**KEM hospital & ICMR-National Institute of Immunohaematology**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="India"/>	City	<input type="text" value="Mumbai"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="400012"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="10th/ 13th floor, New Multistoreyed building,"/>				
Address2	<input type="text" value="KEM hospital Campus, Parel, Mumbai."/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Kulkarni"/>	<input type="text" value="Bipin"/>	<input type="text" value="Head, Department of Hemostasis and"/>
Dr.	<input type="text" value="S"/>	<input type="text" value="Chandrakala"/>	<input type="text" value="Professor, Seth GSMC and KEM hospit"/>
Dr.	<input type="text" value="Patil"/>	<input type="text" value="Rucha"/>	<input type="text" value="Scientist, Department of Hemostasis"/>
Dr.	<input type="text" value="Shah"/>	<input type="text" value="Aditi"/>	<input type="text" value="Assistant Professor, Seth GSMC and K"/>
Dr.	<input type="text" value="Mohanty"/>	<input type="text" value="Shubhranshu"/>	<input type="text" value="Professor, Seth GSMC and KEM hospit"/>
Dr.	<input type="text" value="Garale"/>	<input type="text" value="Mahadeo"/>	<input type="text" value="Professor, Seth GSMC and KEM hospit"/>
Dr.	<input type="text" value="Pai"/>	<input type="text" value="Nanda"/>	<input type="text" value="Professor, Seth GSMC and KEM hospit"/>
Dr.	<input type="text" value="Pawar"/>	<input type="text" value="Shwetal"/>	<input type="text" value="Professor, Seth GSMC and KEM hospit"/>
Dr.	<input type="text" value="Patil"/>	<input type="text" value="Kirti"/>	<input type="text" value="Seth GSMC and KEM hospital (Physiot"/>
Mrs.	<input type="text" value="Rahate"/>	<input type="text" value="Akshata"/>	<input type="text" value="Seth GSMC and KEM hospital (Nurse)"/>
Mrs.	<input type="text" value="Shanbhag"/>	<input type="text" value="Sharda"/>	<input type="text" value="Department of Hemostasis and Thro"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="91-22-2413-6051"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="91-22-2413-60512142"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="91-22-2413-8521"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text" value="kulkarni.bipin@gmail.com"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

King George Medical College

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	India	City	Lucknow
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	226 004
Region	<input type="text"/>		
Address1	Department of Pathology		
Address2	255 Ka/11 Manchanda Bhavan		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	Husain	Nuzhat	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	94-522-226-8086
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	drnuzhathusain@hotmail.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Banjarbaru General Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Indonesia"/>	City	<input type="text" value="Kalimantan"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="70711"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Hemophilia Care Center"/>		
Address2	<input type="text" value="Jl. Palang Merah No. 2, Banjarbaru"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Ringoringo"/>	<input type="text" value="Harapan Parlindungan"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="62-511-477-2380"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="62-511-478-0255"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hprspa@yahoo.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>







**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Hemophilia Treatment Centre

Center Name

**Dr. Sutomo General Hospital**

Province	<input type="text"/>
Country	Indonesia
City	Surabaya
StreetAd	<input type="text"/>
PostalCode	60286
Region	<input type="text"/>
Address1	Bagian Ilmu Kesehatan Anak
Address2	Jl. Prof. Dr. Mustopo No. 6-8
Address3	<input type="text"/>
address4:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	62-31-550-1681
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	62-31-501-2237
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	bambang@pediatrik.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Dr. Wahidin Sudirohusodo General Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Indonesia"/>	City	<input type="text" value="Makasar - Sulawesi"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Bagian IKA"/>				
Address2	<input type="text" value="J. Perintis Kemerdekaan Km 11"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="62-411-584-461"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="62-411-590-629"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="bikauh@yahoo.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemophilia Comprehensive Care Team**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Indonesia"/>	City	<input type="text" value="Jakarta Pusat"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="10430"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Dr. Cipto Mangunkusumo General Hospital"/>				
Address2	<input type="text" value="Jl. Diponegoro No. 71"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Tulaar"/>	<input type="text" value="Angela"/>	<input type="text"/>
	<input type="text" value="Tjahjani"/>	<input type="text" value="Sri"/>	<input type="text" value="Dentist"/>
Prof.	<input type="text" value="Tambunan"/>	<input type="text" value="Karmel"/>	<input type="text" value="Adult Hematologist/Oncologist"/>
Prof.	<input type="text" value="Hutagalung"/>	<input type="text" value="Errol"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Saleh"/>	<input type="text" value="Ifran"/>	<input type="text"/>
	<input type="text" value="Sukrisman"/>	<input type="text" value="Lugyanti"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Widyawati"/>	<input type="text" value="Ika"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="62-21-391-5738"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="62-21-391-5738"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hemofilia_id@yahoo.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.hemofilia.or.id"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemophilia Comprehensive Care Team**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Indonesia"/>	City	<input type="text" value="Bandung"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Dr. Hasan Sadikin Bandung General Hospital"/>		
Address2	<input type="text" value="Bagian Ilmu Kesehatan Anak FKUP/RSHS"/>		
Address3	<input type="text" value="Jl. Pasteur no. 38"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="62-22-203-4426"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="62-22-203-5957"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="office@paediatry.jk.unpad.ac.id"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Prof. Dr. Sardjito General Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Indonesia"/>	City	<input type="text" value="Yogyakarta"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Jl. Kesehatan No. 1"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="62-274-553-142"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="62-274-583-745"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="ypohc@yahoo.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Prof. R.D. Kandou General Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Indonesia"/>	City	<input type="text" value="Manado"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="95115"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Bagian IKA"/>		
Address2	<input type="text" value="Jl. Tanawongko Raya"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	<input type="text" value="Mantik"/>	<input type="text" value="Max"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="62-431-821-652"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="62-431-859-091"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="max_mantik@yahoo.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Tembakau Deli General Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Indonesia	City	Medan, Sumatera
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	20111
Region	<input type="text"/>		
Address1	Jl. Puri Hijau No. 15		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	Aman	Adi Koesoema	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	62-61-415-5275
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	62-61-836-4895
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	adikoesoemaaman@yahoo.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

### HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Esfahan Hemophilia Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	Iran, Islamic Rep.	City	Isfahan
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	81849	Region	<input type="text"/>
Address1	Seiedalshohada Hospital				
Address2	Khaiam Street				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Hoorfar	Hamid	Director
Miss	Safi	Aazam	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	98311-2350210
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	98-311-236-3224
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	hhoorfar@yahoo.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hemophilia Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Iran, Islamic Rep."/>	City	<input type="text" value="Shiraz"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Hematology &amp; Oncology Department"/>		
Address2	<input type="text" value="Ayatollah Dast-ghaib Hospital"/>		
Address3	<input type="text" value="Hafez Avenue"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="98-2288-0646"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="98-917-112-3975"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="98-711-229-8092"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="shiraz_hemophilia_center@yahoo.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Imam Khomeini General Hospital

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	Iran, Islamic Rep.	City	Tehran
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	Department of Hematology				
Address2	P.O. Box 14185/144				
Address3	Keshavarz Boulevard				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	98-21-919-2263
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	98-21-929-977
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	lak@sina.tums.ir
WebSiteAddress:	<input type="text"/>











# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**National Coagulation Centre (N.C.C.)**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Ireland"/>	City	<input type="text" value="Dublin"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="8"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="St. James's Hospital"/>		
Address2	<input type="text" value="1 James's Street"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="353-1-416-2141 (08:00-17:00)"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="353-1-410-3570"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="ncc@stjames.ie"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.stjames.ie/Departments/DepartmentsA-"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Our Lady's Children's Hospital Crumlin**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Ireland"/>	City	<input type="text" value="Dublin"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="D12 V004"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Cooley Rd, Crumlin"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="353-1-409-6100"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="353-1-456-3041"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="beatrice.nolan@olhsc.ie"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.olhsc.ie/"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**The Israel National Hemophilia Center**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Israel"/>	City	<input type="text" value="Ramat Gan"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="52621"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Sheba Medical Center"/>				
Address2	<input type="text" value="Tel Hashomer"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	<input type="text" value="Martinowitz"/>	<input type="text" value="Uri"/>	<input type="text" value="Head"/>
Dr.	<input type="text" value="Lubetsky"/>	<input type="text" value="Aaron"/>	<input type="text"/>
Prof.	<input type="text" value="Kenet"/>	<input type="text" value="Gili"/>	<input type="text" value="Pediatric Coagulation Service"/>
Dr.	<input type="text" value="Lubochitz"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="972-3-535-7357"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="972-3-535-1806"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hemophil@bezeqint.net"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.sheba.co.il/h"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**A. Bianchi Bonomi Hemophilia and Thrombosis Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Italy"/>	City	<input type="text" value="Milan"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="20122"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico"/>				
Address2	<input type="text" value="Via Pace, 9"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	<input type="text" value="Peyvandi"/>	<input type="text" value="Flora"/>	<input type="text" value="Director"/>
Dr.	<input type="text" value="Artoni"/>	<input type="text" value="Andrea"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Biguzzi"/>	<input type="text" value="Eugenia"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Santagostino"/>	<input type="text" value="Elena"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="39-02-5503-5308"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="39-02-5503-2072"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="centroemofilia@gmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.fondazionebianchibonomi.it/centro"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Azienda Ospedaliero - Universitaria Careggi**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Country	<input style="width: 150px;" type="text" value="Italy"/>	City	<input style="width: 150px;" type="text" value="Florence"/>
StreetAd	<input style="width: 150px;" type="text"/>	PostalCode	<input style="width: 150px;" type="text" value="50134"/>
Region	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Address1	<input style="width: 100%;" type="text" value="Agenzia per l'emofilia"/>		
Address2	<input style="width: 100%;" type="text" value="Centro Regionale Riferimento, Coagulapatie Congenite"/>		
Address3	<input style="width: 100%;" type="text" value="Viale G.B. Morgagni n. 85"/>		
address4:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input style="width: 100px;" type="text" value="Linari"/>	<input style="width: 100px;" type="text" value="Silvia"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Dr.	<input style="width: 100px;" type="text" value="Morfini"/>	<input style="width: 100px;" type="text" value="Massimo"/>	<input style="width: 150px;" type="text" value="Director"/>
Dr.	<input style="width: 100px;" type="text" value="Demartis"/>	<input style="width: 100px;" type="text" value="Francesco"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>

phone 1:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
phone2:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
phone3:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
phone_work4	<input style="width: 100%;" type="text" value="39-055-7947587"/>
cellular:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
phone_emergency:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Fax:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
fax work:	<input style="width: 100%;" type="text" value="39-055-794-7794"/>
fax work2:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
fax work3:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
email work:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
email work2:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Email:	<input style="width: 100%;" type="text" value="m.morfini@dac.unifi.it"/>
WebSiteAddress:	<input style="width: 100%;" type="text"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Azienda Universitaria Ospedaliera di Padova**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Italy"/>	City	<input type="text" value="Padua"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="35128"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Centro Emofilia di Padova"/>				
Address2	<input type="text" value="Clinica Medica II"/>				
Address3	<input type="text" value="Via Giustiniani 2"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	<input type="text" value="Cella"/>	<input type="text" value="Giuseppe"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Zanon"/>	<input type="text" value="Ezio"/>	<input type="text" value="Medico"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="39-049-821-2659"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="39-049-821-8731"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="ezio.zanon@unipd.it"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Centro di Coordinamento Regionale per le Emocoagulopatie**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Italy"/>	City	<input type="text" value="Naples"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="80131"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="DACM"/>		
Address2	<input federico="" ii""="" type="text" value="Azienda Osp. Univ. "/>		
Address3	<input type="text" value="Via S. Pansini, 5"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Cerbone"/>	<input type="text" value="A.M."/>	<input type="text"/>
Prof.	<input type="text" value="Di Minno"/>	<input type="text" value="Giovanni"/>	<input type="text" value="Director"/>
Dr.	<input type="text" value="Coppola"/>	<input type="text" value="Antonio"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="39-081-746-2317"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="39-081-746-2162"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="39-081-546-6152"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="diminno@unina.it"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.emocoagulopatie-dmcs.unina.it/"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Centro di Riferimento Regionale per l'emofilia e malattie emorragiche congenite**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Italy"/>	City	<input type="text" value="Parma"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="43126"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Dipartimento Medicina Generale e Specialistica -"/>		
Address2	<input type="text" value="SSD Centro Hub Emofilia e Malattie Emorragiche Congenite -"/>		
Address3	<input type="text" value="Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Riccardi"/>	<input type="text" value="Federica"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Rivolta"/>	<input type="text" value="Gianna Franca"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Tagliaferri"/>	<input type="text" value="Annarita"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Matichecchia"/>	<input type="text" value="Annalisa"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Coppola"/>	<input type="text" value="Antonio"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Quintavalle"/>	<input type="text" value="Gabriele"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="+39 0521 703971"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="+39 335 7435730"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="centroemofilia@ao.pr.it"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="https://www.ao.pr.it/curarsi/reparti-e-servizi-sanitar"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Centro Emofilia

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Italy"/>	City	<input type="text" value="Ivrea"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="10015"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Med. Trasfusionale"/>		
Address2	<input type="text" value="Ospedali Riuniti"/>		
Address3	<input type="text" value="Piazza della Credenza, 2"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Delios"/>	<input type="text" value="Grazia"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Giroto"/>	<input type="text" value="Mauro"/>	<input type="text" value="Centre Director"/>
Dr.	<input type="text" value="Gattora"/>	<input type="text" value="Eduardo"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Di Bassiano"/>	<input type="text" value="Francesco"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="39-0125-414-289"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="39-0125-641-154"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="transfusionale@asl.ivrea.to.it"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Centro Emofilia**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Italy"/>	City	<input type="text" value="Pescara"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="65125"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Dip. Ematologia"/>				
Address2	<input type="text" value="Ospedale Civile dello Spirito Santo"/>				
Address3	<input type="text" value="Via Fonte Romana, 8"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	<input type="text" value="Davi"/>	<input type="text" value="G."/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Dragani"/>	<input type="text" value="A."/>	<input type="text"/>
Mr.	<input type="text" value="Di Luzio"/>	<input type="text" value="V."/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="39-0854-252-501"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="39-0854-252-726"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="39-0854-252-957"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="ematologia.emostasi@ausl.pe.it"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Centro Emofilia**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Italy"/>	City	<input type="text" value="Faenza"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="48018"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Medicina Trasfusionale"/>				
Address2	<input type="text" value="Presidio Ospedaliero Faenza"/>				
Address3	<input type="text" value="V. le Stradone, 9"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Demmise"/>	<input type="text" value="Calesini"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="39-0546-601-143"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="30-0546-601-140"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="fa.trasfusionale@ausl.ra.it"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Centro Emofilia**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Italy	City	Turin
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	10126
Region	<input type="text"/>		
Address1	Divisione Ematologia - Torino		
Address2	Ospedale Le Molinette		
Address3	Corso Bramante, 88		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	39-011-633-6729
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	39-011-633-6729
fax work2:	39-011-633-4441
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	gtamp@hotmail.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Centro Emofilia

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Italy"/>	City	<input type="text" value="Vicenza"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="36100"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Ospedale S. Bortolo"/>		
Address2	<input type="text" value="Divisione Ematologia"/>		
Address3	<input type="text" value="Viale F. Rodolfi 37"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Tosetto"/>	<input type="text" value="Alberto"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="39-0444-753-679"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="39-0444-920-550"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="39-0444-753-922"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="cmet@ulssvicenza.it"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.hemato.ven.it"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Centro Emofilia - Palermo**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	Italy	City	Palermo
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	90144		
Region	<input type="text"/>				
Address1	Cattedra di Ematologia				
Address2	Universita di Palermo				
Address3	Azrenda Univ. Policlinico				
address4:	Via del Vespro, 129				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Siragusa	Sergio	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	39-091-655-4431
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	39-091-655-4402
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	sergio.siragusa@tiscali.it
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Centro Emofilia - Servizio Emostasi e Trombosi**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Italy"/>	City	<input type="text" value="Catanzaro"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input pugliese-ciaccio""="" type="text" value="Azienda Ospedaliera "/>		
Address2	<input type="text" value="Viale Pio X"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Santoro"/>	<input type="text" value="Rita Carlotta"/>	<input type="text" value="Interim Director"/>
Dr.	<input type="text" value="Iannaccaro"/>	<input type="text" value="P."/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="39-0961-883-296"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="39-0961-883-296"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="centroemofiliacz@virgilio.it"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Centro Emofilia - Servizio Emostasi e Trombosi**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Italy"/>	City	<input type="text" value="Reggio Calabria"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="89123"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input bianchi-melacrino-morelli""="" type="text" value="Azienda Ospedaliera "/>		
Address2	<input type="text" value="Ospedali Riuniti"/>		
Address3	<input type="text" value="Via Melacrino"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Latella"/>	<input type="text" value="C."/>	<input type="text"/>
	<input type="text" value="Condemi"/>	<input type="text" value="R."/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Dr.	<input type="text" value="Trapani Lombardo"/>	<input type="text" value="V."/>	<input type="text" value="Director"/>
Dr.	<input type="text" value="Sottilotta"/>	<input type="text" value="Gianluca"/>	<input type="text" value="Consultant Hematologist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="39-0965-397-436"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="39-0965-397-913"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="v.trapani.lombardo@tin.it"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.centroemofilia.it"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Centro Emofilia - Trento**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>
Country	Italy
City	Trento
StreetAd	<input type="text"/>
PostalCode	38122
Region	<input type="text"/>
Address1	Ospedale S. Chiara
Address2	Servizio di Immunoematologia e Trasfusione
Address3	Largo Medaglie d'Oro, 9
address4:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Rossetti	Gina	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	39-0461-903-204
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	39-0461-903-554
fax work2:	39-0461-186-0256
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	gina.rossetti@apss.tn.it
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Centro Emofilia Bari "Policlinico II"**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	Italy	City	Bari
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	70124		
Region	<input type="text"/>				
Address1	Medicina Interna Universitaria "Cesare Frugoni"				
Address2	Azienda Ospedaliera Policlinico				
Address3	Piazza G. Cesare, 11				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	39-080-559-2788
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	39-080-547-8123
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="a.scaraggi@hemoph.uniba.it"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Centro Emofilia Cesena**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Italy"/>	PostalCode	<input type="text" value="47023"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Ospedale Bufalini"/>		
Address2	<input type="text" value="Servizio Trasfusionale"/>		
Address3	<input type="text" value="Viale Ghirelli, 286"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Chicchi"/>	<input type="text" value="Roberta"/>	<input type="text" value="Dirigente Medico"/>
Dr.	<input type="text" value="Santarelli"/>	<input type="text" value="Rita"/>	<input type="text" value="Direttore Servizio Medicina Trasfusio"/>
Dr.	<input type="text" value="Negro"/>	<input type="text" value="Pier Paolo"/>	<input type="text" value="Dirigente Medico"/>
Dr.	<input type="text" value="Roncarati"/>	<input type="text" value="Umberto"/>	<input type="text" value="Dirigente Medico"/>
Dr.	<input type="text" value="Bagioni"/>	<input type="text" value="Franco"/>	<input type="text" value="Dirigente Medico"/>
Dr.	<input type="text" value="Biguzzi"/>	<input type="text" value="Rino"/>	<input type="text" value="Dirigente Medico"/>
Dr.	<input type="text" value="Danesi"/>	<input type="text" value="Rita"/>	<input type="text" value="Dirigente Medico"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="39-0547-352-924"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="39-0547-352-924"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="sit@ausl-cesena.emr.it"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Centro Emofilia e Trombosi - Sassari**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Italy	City	Sassari
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	07100
Region	<input type="text"/>		
Address1	ASL No. 1 Sassari		
Address2	Ospedale SS Annunziata		
Address3	Via E. De Nicola		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Piseddu	G.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	39-079-206-1518
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	39-079-206-1518
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	emofilia.trombosi@asl1ss.it
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Centro Emofilia Regionale

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Italy	City	Genova
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	16148
Region	<input type="text"/>		
Address1	Istituto Giannina Gaslini		
Address2	Dipartimento di Ematologia ed Oncologia		
Address3	Largo Gerolamo Gaslini, 5		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Perutelli	Paolo	Biologist
Prof.	Molinari	Angelo	Director
Dr.	Banov	Laura	Clinical Consultant
Dr.	Acquila	Maura	Geneticist
Dr.	Amato	Stefano	Technician
Mr.	Marotta	Fernando	Technician
Dr.	Patrizia Bicocchi	Maria	Geneticist
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	39-010-563-6551day hospit
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	39-010-563-6490Wards
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	39-010-563-6714
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	emofiliaetrombosi@ospedale-gaslini.ge.it
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Centro Emostasi e Trombosi**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Italy	City	Cosenza
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	87100
Region	<input type="text"/>		
Address1	Ospedale Civile Dell'Annunziata		
Address2	Via Felice Migliori, 2		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Rossi	Vincenza	

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	39-0984-681-249
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	39-0984-681-501
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	fildaniele@libero.it
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Centro Emostasi e Trombosi**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Italy	City	Alessandria
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	15100
Region	<input type="text"/>		
Address1	Dipartimento di Ematologia		
Address2	Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio		
Address3	Via Venezia 13		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Levis	A.	Director, Haematology Department
Dr.	Contino	Laura	Director, Treatment Centre
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	39-0131-206-230
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	39-0131-206-859
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	emostasi@ospedale.al.it
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Centro Emostasi e Trombosi - Reggio Emilia

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Italy"/>	City	<input type="text" value="Reggio Emilia"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="42100"/>	Region	<input type="text"/>
Address1	<input type="text" value="Dip. Area Medica I"/>				
Address2	<input type="text" value="Arcispedale S. Maria Nuova"/>				
Address3	<input type="text" value="Viale Umberto I, 50"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Ghirarduzzi"/>	<input type="text" value="A."/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="39-0522-296-876"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="39-0522-296-853"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="ghirarduzzi.angelo@asmn.re.it"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Centro Regionale Emostasi e Trombosi**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Italy	City	Palermo
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	90134
Region	<input type="text"/>		
Address1	Istituto Pediatria		
Address2	Ospedale "G. Di Cristina"		
Address3	Via Benedettini, 1		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Gagliano	Fabio	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	39-091-666-6014
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	39-091-666-6129
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	39-091-421-630
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	giacomo.mancuso@tin.it
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Centro Studi Emostasi e Trombosi**

Hemophilia Treatment Centre

Province

Country  City

StreetAd  PostalCode

Region

Address1

Address2

Address3

address4:

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	Scapoli	G.	Director
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:

phone2:

phone3:

phone\_work4

cellular:

phone\_emergency:

Fax:

fax work:

fax work2:

fax work3:

email work:

email work2:

Email:

WebSiteAddress:

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Centro Trasfusionale Olbia**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Italy	City	Olbia
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	07026
Region	<input type="text"/>		
Address1	Ospedale Civile di Olbia		
Address2	Viale Aldo Moro		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Lendini	M.	<input type="text"/>
Dr.	Zuccarelli	A.	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	39-07-895-0430
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="ospedale-olbia@aslolbia.it"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Clinica Pediatrica de Marchi

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Italy"/>	City	<input type="text" value="Milan"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="20122"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Clinica di Ematologia Pediatrica"/>		
Address2	<input type="text" value="Universita di Milano"/>		
Address3	<input type="text" value="Via Commenda 9"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	<input type="text" value="Carnelli"/>	<input type="text" value="Vittorio"/>	<input type="text" value="Director, Dept. of Pediatrics"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="39-02-5799-2461"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="Vittorio.carnelli@unimi.it"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Dip. Ematologia - Clinica Pediatrica

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Italy	City	Brescia
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	25123
Region	<input type="text"/>		
Address1	Piazzale Spedali Civili 1		
Address2	Spedali Civili di Brescia		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Porta	Fulvio	<input type="text"/>
Dr.	Notarangelo	Lucia	<input type="text"/>
Dr.	Tettom	Katia	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	39-030-399-5711
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	39-030-399-5041
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	ematped@med.unibs.it
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Div. Ematologia Ospedale Ped. Bambino Gesu

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Italy	City	Rome
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	00165
Region	<input type="text"/>		
Address1	Piazza S. Onofrio, 4		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mr.	Ciaralli	I.	Nurse Coordinator
Dr.	Luciani	Matteo	chief of hemostasis and thrombosis c
Prof.	Locatelli	Franco	Director
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	39-06-6859-12129
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	39-06-6859-2292
fax work2:	39-06-6859-2392
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	luciani@opbg.net
WebSiteAddress:	http://www.ospedalebambinogesu.it/portale/opbg.a





## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Ospedale Consorziale - Policlinico I**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Italy"/>	City	<input type="text" value="Bari"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="70124"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Servizio di Coagulazione e Centro Emofilia"/>		
Address2	<input type="text" value="Piazza Giulio. Cesare, 11"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="39-080-559-2928"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="39-080-559-3113"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="emocoag@cimedoc.uniba.it"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Ospedale Macerata - SIT

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Italy	City	Macerata
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	62100
Region	<input type="text"/>		
Address1	Centro regionale di Emofilia		
Address2	Piazza Santa Lucia, 2		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Carloni	Maria Teresa	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	39-0733-257-331
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	39-0733-233-470
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	mtcarloni@asl9.marche.it
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Ospedale Niguarda Cà Grande**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Italy	City	Milan
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	20162
Region	<input type="text"/>		
Address1	Thrombosis and Hemostasis Unit		
Address2	Piazza Ospedale Maggiore 3		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	39-02-6444
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	39-02-6444-3948
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	emostasi@ospedaleniguarda.it
WebSiteAddress:	<input type="text"/>







## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Ospedale San Giovanni Bosco**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Italy	City	Naples
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	Divisione di Ematologia		
Address2	Centro Emofilia e Trombosi		
Address3	Via F.M. Briganti 255		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Miraglia	E.	
Dr.	Rocino	Angiola	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	39-081-254-5299
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	39-081-254-5301
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	ematoeumiranapoli@libero.it
WebSiteAddress:	http://www.ematologia.tbo.it



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Policlinico San Matteo**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Italy	City	Pavia
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	27100
Region	<input type="text"/>		
Address1	Centro Emofilia e Coag. Congenite		
Address2	Clinica Med. III		
Address3	Piazzale Golgi, 2		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
	Patrizia	Noris	M.D.
Dr.	Alessandro	Pecci	MD
Prof.	Gamba	Gabriella	Director
Dr.	Bertolinio	Giampiera	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	39-0382-502-560174
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	39-0382-526-223
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="gamba@smatteo.pv.it"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Servizio Immunologia e Trasfusione**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Italy	City	Piacenza
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	29100
Region	<input type="text"/>		
Address1	Centro Emofilia		
Address2	Ospedale Civile		
Address3	Via Taverna, 49		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Arbasi	Mariacristina	
Dr.	Rossi	A.	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	39-0523-337-970
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	39-0523-302-397
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	a.rossi@ausl.pc.it
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Servizio Malattie Emorragiche e Trombotiche

Hemophilia Treatment Centre

Province

Country  City

StreetAd  PostalCode

Region

Address1

Address2

Address3

address4:

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	Landolfi	R.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:

phone2:

phone3:

phone\_work4

cellular:

phone\_emergency:

Fax:

fax work:

fax work2:

fax work3:

email work:

email work2:

Email:

WebSiteAddress:

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Servizio Trasfusionale

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Italy"/>	City	<input type="text" value="Verona"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="37134"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Ospedale Policlinico"/>		
Address2	<input type="text" value="Pzza. L. Scuro, 10"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mr.	<input type="text" value="Franchini"/>	<input type="text" value="Massimo"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Gandini"/>	<input type="text" value="Gorgio"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="39-045-807-4321"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="39-045-807-4626"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="giorgio.gandini@mail.azosp.vr.it"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Università degli Studi di Cagliari

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Italy"/>	City	<input type="text" value="Cagliari"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="09100"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Centro Emofilia"/>		
Address2	<input type="text" value="Via Jenner"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Targhetta"/>	<input type="text" value="Roberto"/>	<input type="text" value="Direttore Centro Emofilia"/>
Dr.	<input type="text" value="Aru"/>	<input type="text" value="Anna Brigida"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Locchi"/>	<input type="text" value="M."/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Valli"/>	<input type="text" value="S."/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Monni"/>	<input type="text" value="M."/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Ionta"/>	<input type="text" value="A."/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="39-070-609-5659"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="39-070-609-5540"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="targhetta@tiscalinet.it"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Università degli Studi di Roma "La Sapienza"**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Italy"/>	City	<input type="text" value="Rome"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="00161"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Dipartimento di Biotechnologie Cellulari ed Ematologia"/>		
Address2	<input type="text" value="Sezione Ematologia"/>		
Address3	<input type="text" value="Via Benevento 6"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Mazzucconi"/>	<input type="text" value="Maria Gabriella"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Santoro"/>	<input type="text" value="Cristina"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="39-06-857-951"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="39-06-4424-1984"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="mazzucconi@bce.uniroma1.it"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Montego Bay Treatment Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Jamaica	City	Montego Bay
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	Cornwall Regional Hospital		
Address2	P.O. Box 900		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	876-952-5100
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	876-952-5100
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>









**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**North Kyushu Hemophilia Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Japan"/>	City	<input type="text" value="Kitakyushu City"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="807-8555"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Univ. of Occupational and Environmental Health, Japan"/>		
Address2	<input type="text" value="Dept of Pediatrics"/>		
Address3	<input type="text" value="1-1 Iseigaoka, Yahatanishi-ku"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Ono"/>	<input type="text" value="Orie"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Prof.	<input type="text" value="Shirahata"/>	<input type="text" value="Akira"/>	<input type="text" value="Director"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="81-93-603-16112409"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="81-93-691-9338"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="akira-S@med.uoeh-u.ac.jp"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Teikyo University School of Medicine**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Japan"/>	City	<input type="text" value="Tokyo"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="173-8605"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Department of Medicine"/>				
Address2	<input type="text" value="11-1, Kaga 2-Chome, Itabashi-Ku"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	<input type="text" value="Kawasugi"/>	<input type="text" value="Kazuo"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="81-3-3964-1211"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="81-3-5375-1308"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="kaz@med.teikyo-u.ac.jp"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Tokyo Medical University Hospital

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Japan"/>	City	<input type="text" value="Shinjuku-ku"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="160-0023"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Tokyo Shinjuku Hemophilia Centre"/>				
Address2	<input type="text" value="Department of Laboratory Medicine"/>				
Address3	<input type="text" value="Tokyo Medical University Hospital"/>				
address4:	<input type="text" value="6-7-1 Nishi-shinnjuku"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Otaki"/>	<input type="text" value="Manabu"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Seita"/>	<input type="text" value="Ikuo"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Yamamoto"/>	<input type="text" value="Yasuyuki"/>	<input type="text" value="Associate Professor"/>
Dr.	<input type="text" value="Hagiwara"/>	<input type="text" value="Takeshi"/>	<input type="text" value="Assistant Professor"/>
Dr.	<input type="text" value="Yotsumoto"/>	<input type="text" value="Mihoko"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Muramatsu"/>	<input type="text" value="Takashi"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Suzuki"/>	<input type="text" value="Takashi"/>	<input type="text" value="Associate Professor"/>
Dr.	<input type="text" value="Rymes"/>	<input type="text" value="Nichola"/>	<input type="text" value="Centre Director"/>
	<input type="text" value="Vernal"/>	<input type="text" value="Rebecca"/>	<input type="text" value="Administrator"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="81-3-3342-6111"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="81-3-3340-5448"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="fukutake@tokyo-med.ac.jp"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://team.tokyo-med.ac.jp/rinsho/info/english.ht"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Zarqa Hospital

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Jordan	City	Zarqa
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	Thalassemia and Hemophilia Treatment Centre		
Address2	Madinat Al-Sharq		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Khairi	Ahmad	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	+96253758200 (Ext. 2151) Open
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

University of Nairobi

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Kenya	City	Nairobi
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	Kenyatta National Hospital		
Address2	Department of Hematology and Blood Transfusion		
Address3	College of Health Sciences		
address4:	P.O. Box 19676-00202		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	254-2-272-8414
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	mwanda@africaonline.co.ke
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Chonnam National University Hwasun Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Korea, Rep."/>	City	<input type="text"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="58128"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="322, Seoyang-ro, Hwasun-eup,Hwasun-gun, Jeollanam-do"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	<input type="text" value="Baek"/>	<input type="text" value="Hee-Jo"/>	<input type="text" value="Dept. of Pediatrics"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="82-61-379-7892"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="swan93@lycos.co.kr"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.cnuhh.com"/>

HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Chung-ang University Hospital

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Korea, Rep.	City	Seoul
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	102, Heukseok-ro,-Dongjak-gu		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	82-2-1800-1114
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>
	www.ch.cauhs.or.kr







# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Inha University Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Korea, Rep."/>	City	<input type="text" value="Incheon"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="22332"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="27, Inhang-ro, Jung-gu"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Kim"/>	<input type="text" value="Soon Ki"/>	<input type="text" value="Dept. of Pediatrics"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="82-32-890-2114"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="pedkim@inha.ac.kr"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.inha.com"/>



**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Inje University Busan Paik Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>
Country	Korea, Rep.
City	Busan
StreetAd	<input type="text"/>
PostalCode	47392
Region	<input type="text"/>
Address1	75, Bokji-ro, Busanjin-gu
Address2	<input type="text"/>
Address3	<input type="text"/>
address4:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	Park	Ji-Kyeong	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	82-51-890-6114
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	pjk4285@hanmail.net
WebSiteAddress:	http://www.paik.ac.kr

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Korea Hemophilia Foundation Busan Clinic**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Korea, Rep."/>	City	<input type="text" value="Busan"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="47012"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="272, Gayadae-ro, Sasang-gu"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Cho"/>	<input type="text" value="Goon Jae"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="82-51-328-6611"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="82-51-328-6635"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="office@kohem.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.kohem.org"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Korea Hemophilia Foundation Seoul Clinic**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Korea, Rep."/>
City	<input type="text" value="Seoul"/>
StreetAd	<input type="text"/>
PostalCode	<input type="text" value="06641"/>
Region	<input type="text"/>
Address1	<input type="text" value="70, Saimdang-ro, Seocho-gu"/>
Address2	<input type="text"/>
Address3	<input type="text"/>
address4:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	<input type="text" value="Choi"/>	<input type="text" value="Yong-Mook"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Yoo"/>	<input type="text" value="Ki Young"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="82-2-3473-6100"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="82-2-3473-6644"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="office@kohem.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.kohem.org"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Kyung Hee University Hospital at Gangdong**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Korea, Rep.	City	Seoul
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	05278
Region	<input type="text"/>		
Address1	892, Dongnam-ro, Gangdong-Gu		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	Yoon	Hoi-Soo	Dept. of Pediatrics
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	82-2-440-7000
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>
	www.khnmc.or.kr



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Presbyterian Medical Center**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Korea, Rep."/>
StreetAd	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>
Address1	<input type="text" value="365, Seowon-ro, Wansan-gu, Jeonju"/>
Address2	<input type="text"/>
Address3	<input type="text"/>
address4:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	<input type="text" value="Kim"/>	<input type="text" value="Mi Kyung"/>	<input type="text" value="Dept. of Pediatrics"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="82-63-230-8114"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="kmik7@hanmail.net"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.jesushospital.com"/>





**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Ulsan University Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Korea, Rep."/>	City	<input type="text" value="Ulsan"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="44033"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="877, Bangeojinsunhwando-ro, Dong-gu"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	<input type="text" value="Park"/>	<input type="text" value="Sang-gyu"/>	<input type="text" value="Dept. of Pediatrics"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="82-52-250-7222"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="sang@uuh.ulsan.kr"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.uuh.ulsan.kr"/>

HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Yonsei University Health System

Hemophilia Treatment Centre

Province

Country  City

StreetAd  PostalCode

Region

Address1

Address2

Address3

address4:

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	Yoo	Cheol-Ju	Dept. of Hemato-Oncology
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:

phone2:

phone3:

phone\_work4

cellular:

phone\_emergency:

Fax:

fax work:

fax work2:

fax work3:

email work:

email work2:

Email:

WebSiteAddress:

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**National Centre of Haematology Hospital Linizers**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Latvia"/>	City	<input type="text" value="Riga"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="LV-1006"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Linezera Str. 6"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Lejniece"/>	<input type="text" value="Sandra"/>	<input type="text" value="Head of National Centre of Haematol"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="00-371-6704-0231"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="00-371-6782-1154"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="lejniece@latnet.lv"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.aslimnica.lv"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**University Children's Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Latvia"/>	City	<input type="text" value="Riga"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="LV-1004"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Attn: Hematology"/>		
Address2	<input type="text" value="Vienibas Gatve 45"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Kovalova"/>	<input type="text" value="Zhanna"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="00-371-67-064-420"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="00-371-67-064-473"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="bs_nod20@bkus.lv"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.bkus.lv"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

American University of Beirut

Hemophilia Treatment Centre

Province:

Country:  City:

StreetAd:  PostalCode:

Region:

Address1:

Address2:

Address3:

address4:

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Taher	Ali	Vice-President
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:

phone2:

phone3:

phone\_work4:

cellular:

phone\_emergency:

Fax:

fax work:

fax work2:

fax work3:

email work:

email work2:

Email:

WebSiteAddress:









# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Seamen's Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Lithuania"/>	City	<input type="text" value="Klaipeda"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="LT-92288"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Dept. of Oncohaematology/Haemophilia Centre"/>		
Address2	<input type="text" value="Int. Medicine Clinic"/>		
Address3	<input type="text" value="Liepojos 45"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Gailiute"/>	<input type="text" value="Neringa"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Malciute"/>	<input type="text" value="Ligita"/>	<input type="text"/>
Ms.	<input type="text" value="Senuliene"/>	<input type="text" value="Lina"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Dr.	<input type="text" value="Jurgutis"/>	<input type="text" value="Romualdas"/>	<input type="text" value="Director"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="370-46-385-381"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="370-46-385-381"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hemofilcentras@jurlig.lt"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Vilnius University Children's Hospital

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Lithuania"/>	City	<input type="text" value="Vilnius"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="LT-08406"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Centre of hematology and oncology"/>				
Address2	<input type="text" value="Santariskiu 4"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Rageliene"/>	<input type="text" value="Lina"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Nemaniene"/>	<input type="text" value="R."/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Saulyte Trakymiene"/>	<input type="text" value="Sonata"/>	<input type="text" value="Medical doctor"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="370-52-720-412"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="370-52-720-368"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="pedhem@vuvl.lt"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Centar za Hemofilia, Institut za transfuziona medicina na RM**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Macedonia, FYR"/>	City	<input type="text" value="Skopje"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="1000"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Institute of Transfusion Medicine"/>				
Address2	<input type="text" value="Vodnjanska, 17"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Velkova"/>	<input type="text" value="Emilija"/>	<input type="text" value="Director of Institute of Transfusion M"/>
Ms.	<input type="text" value="Koneska"/>	<input type="text" value="Rozana"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
Dr.	<input type="text" value="Dejanova Ilijevska"/>	<input type="text" value="Violeta"/>	<input type="text" value="Head of HTC"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="389-23-113-611"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="389-231-33-611"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="dejanova.v@gmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Ampang Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Malaysia"/>	City	<input type="text" value="Selangor"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="68000"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Jalan Mewah Utara"/>		
Address2	<input type="text" value="Pandan Mewah"/>		
Address3	<input type="text" value="Ampang"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Selvaratnam"/>	<input type="text" value="Veena"/>	<input type="text" value="Hematologist Specialist"/>
Mrs.	<input type="text"/>	<input type="text" value="Zuraida"/>	<input type="text" value="Community Nurse"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text" value="+603-42896279"/>
phone2:	<input type="text" value="+60342896547"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Centro Médico Nacional Manuel Ávila Camacho (Hospital San Jo

Hemophilia Treatment Centre

Province:   
Country:  City:   
StreetAd:  PostalCode:   
Region:   
Address1:   
Address2:   
Address3:   
address4:

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:   
phone2:   
phone3:   
phone\_work4:   
cellular:   
phone\_emergency:   
Fax:   
fax work:   
fax work2:   
fax work3:   
email work:   
email work2:   
Email:   
WebSiteAddress:

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Clínica Hospital del ISSSTE de Uruapan Calle**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Mexico"/>	City	<input type="text" value="Michoacán"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Estocolmo No. 688 Col. FOVISSSTE Municipio. De Uruapan"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="52 452 523-45-98"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hospital Centro de Especialidades Médicas CEM**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Mexico	City	Veracruz
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	Avenida Adolfo Ruiz Cortinez 2903. Jalapa Enriquez Centro		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>













## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital de Especialidades No. 1 del IMSS

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Mexico	City	Baja California
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	Portes Gil No. 100 Esq. Juárez Zona rio tercera etapa del rio Tijuana		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	52 627-09-63
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital de Pediatría CMN de Occidente del IMSS

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Mexico	City	Guadalajara
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	C.P. 44340
Region	<input type="text"/>		
Address1	Belisario Domínguez No. 1000		
Address2	Col. Independencia		
Address3	Sector Libertad		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dra.	Margarita Soto Padill	Janet	<input type="text"/>
Dr.	Garibaldi Covarrubias	Roberto	<input type="text"/>
Dr.	Toro Castro	José Luis	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	52 333 617-006031740
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





















**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hospital General Regional # 12 Lic. B. Juárez (IMSS)**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Mexico"/>	City	<input type="text" value="Yucatán"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Av. Itzaez y Av. Colón Col. García Gineres"/>				
Address2	<input type="text" value="Mérida"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="52 999 9250866"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital General Regional 46 IMSS

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Mexico	City	Jalisco
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	C.P. 44910
Region	<input type="text"/>		
Address1	Lázaro Cárdenas No. 2093 Col. Morelos		
Address2	Sector Juárez		
Address3	Guadalajara		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dra.	Jacqueline Bañuelos	Ana	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	52 333 810-001031414
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital Infantil De Mexico Dr. Federico Gómez**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	Mexico	City	Mexico
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	06720
Region	<input type="text"/>		
Address1	Area de Hematologia		
Address2	Calle Dr. Marquez No. 162		
Address3	Col. Doctores		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Bello González	S. Abel	Jefe
Dr.	Marquez Vazquez	Jose Luis	
Sra.	Sánchez	Aída	Social Worker
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	52-55-5228-98171438
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	52-55-5761-8974
fax work2:	52-55-5761-0270
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital ISSSTE de Morelia "Vasco de Quiroga"**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Mexico"/>	City	<input type="text" value="Michoacán"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Calle. Trabajadores de Agricultura s"/>				
Address2	<input type="text" value="."/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="52 443 312-30-13"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital para el Niño Poblano

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Mexico"/>	City	<input type="text" value="Puebla"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Dirección: Blvd. Del Niño Poblano 5307"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="52.222.404.90.04"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>













# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital Regional Puebla del ISSSTE**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Mexico"/>	City	<input type="text" value="Puebla"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Dirección: 14 sur 4336 Col. Anzures"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="52 222 245 6952"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Torre de Especialidades 71 del IMSS**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Mexico	City	Coahuila
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	Torreón		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4:	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Department of Hematology and Endocrinology**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Mongolia	City	Ulaanbaatar
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	State Central Hospital		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	976-11-323857
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	saruul.tungalag@yahoo.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Maternal and Child Research Center**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Mongolia	City	Ulaanbaatar
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	976-11
Region	<input type="text"/>		
Address1	Department of Cardiorheumatology and Hematology		
Address2	Bayangol District MCHRC		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Purevsuren	Tsermaa	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	976-1-136-7740
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	purevsuren1960@yahoo.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Centre de Référence de l'Hémophilie Sud**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Morocco	City	Casablanca
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	Centre Hospitalier Ibn Rochd		
Address2	Hôpital d'Enfant		
Address3	Service de pédiatrie P. 3 (Hémato-Oncologie)		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	212-522-492-729
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	212-522-492-729
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="h.hadjkhalifa@chucasa.ma"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemophilia Treatment Rotterdam (Adults) - Erasmus MC**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Netherlands"/>	City	<input type="text" value="Rotterdam"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="3015 GD"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Department of Hematology"/>				
Address2	<input type="text" value="Nt - 474"/>				
Address3	<input type="text" value="Dr. Molewaterplein 40"/>				
address4:	<input type="text"/>				

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="+31(0)107040113"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="+31(0)107040145 ask for the He"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hemofilie@erasmusmc.nl"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.erasmusmc.nl/hemofiliebehandelcentru"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mrs.	<input type="text" value="Ortelee"/>	<input type="text" value="M."/>	<input type="text" value="Nurse"/>
Dr.	<input type="text" value="Jansen"/>	<input type="text" value="A.J.G"/>	<input type="text" value="Doctor"/>
Dr.	<input type="text" value="Kruip"/>	<input type="text" value="M.J.H.A."/>	<input type="text" value="Doctor"/>
Mrs.	<input type="text" value="Balkestein"/>	<input type="text" value="F.J."/>	<input type="text" value="Nurse"/>
Mrs.	<input type="text" value="Mulders"/>	<input type="text" value="G."/>	<input type="text" value="Nurse practitioner"/>
Dr.	<input type="text" value="Croles"/>	<input type="text" value="F.N."/>	<input type="text"/>
Prof. Dr.	<input type="text" value="Leebeek"/>	<input type="text" value="F.W.G."/>	<input type="text" value="Doctor"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemophilia Treatment Rotterdam (Pediatrics) - Erasmus MC**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Netherlands"/>	City	<input type="text" value="Rotterdam"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="3015 CN"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="EMC Sophia Kinderziekenhuis"/>				
Address2	<input type="text" value="Sk-2252"/>				
Address3	<input type="text" value="Wytemaweg 80"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mrs. Dr.	Huijssen-Huisman	E.J.	Doctor
Mrs. Dr.	de Pagter	P.J.	Doctor
Mrs. Dr.	Cnossen	Marjon	Doctor
Mrs.	Andeweg	S.	Nurse
Mrs. Dr.	van Ommen	C.H.	Doctor
Mrs.	Van der Velden	C.	Nurse practitioner

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="+31(0)612945960"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="+31(0)107040145 ask for the pedi"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="kinderhemofilie@erasmusmc.nl"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://https://www5.erasmusmc.nl/nl-nl/specialism"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**HTC Amsterdam: Academisch Medisch Centrum, Amsterdam**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Netherlands"/>	City	<input type="text" value="Amsterdam"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="1105 AZ"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Meibergdreef 9"/>				
Address2	<input type="text" value="A3-341"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Coppens"/>	<input type="text" value="M."/>	<input type="text" value="Adults"/>
Dr.	<input type="text" value="Tan"/>	<input type="text" value="M."/>	<input type="text" value="Adults"/>
Prof. Dr.	<input type="text" value="Fijn Van Draat"/>	<input type="text" value="C.J."/>	<input type="text" value="Pediatrics"/>
Dr.	<input type="text" value="Gouw"/>	<input type="text" value="S."/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="31-20-566-5964"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hemofilie@amc.uva.nl"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="https://www.amc.nl/hbc"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**HTC Eindhoven Adults: Máxima Medisch Centrum**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Netherlands"/>	City	<input type="text" value="Eindhoven"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="5631 BM"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Hemophilia Treatment Center Eindhoven"/>				
Address2	<input type="text" value="Ds. Th. Fliednerstraat 1"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Luijten"/>	<input type="text" value="Sylvia"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
Dr.	<input type="text" value="Nieuwenhuizen"/>	<input type="text" value="Laurens"/>	<input type="text" value="Internist-Hematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Tick"/>	<input type="text" value="L.W."/>	<input type="text" value="Internist-Hematologist"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="+31(0)408885320"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hbc@mmc.nl"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.mmc.nl"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**HTC Groningen: Universitair Medisch Centrum (UMCG)**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Netherlands"/>	City	<input type="text" value="Groningen"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="9713 GZ"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Hanzeplein 1"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof. Dr.	<input type="text" value="Meijer"/>	<input type="text" value="Karina"/>	<input type="text" value="Hematologist Adults"/>
Mrs.	<input type="text" value="Zijlstra-Jansen"/>	<input type="text" value="M."/>	<input type="text" value="Hemophilia Nurse Pediatrics"/>
Dr.	<input type="text" value="Hooimeijer"/>	<input type="text" value="Louise"/>	<input type="text" value="Hematologist Pediatrics"/>
Mrs.	<input type="text" value="Voskuilen"/>	<input type="text" value="Marja"/>	<input type="text" value="Nurse Specialist Hemophilia Adults"/>
Mrs.	<input type="text" value="Yspeerd"/>	<input type="text" value="Femke"/>	<input type="text" value="Nurse Consultant Hemophilia Adults"/>
Dr.	<input type="text" value="Mäkelburg"/>	<input type="text" value="Anja"/>	<input type="text" value="Hematologist Adults"/>
Mrs.	<input type="text" value="Margreet"/>	<input type="text" value="Jansen"/>	<input type="text" value="Nurse Consultant Hemophilia PEDIATRI"/>
Dr.	<input type="text" value="Stein-Wit"/>	<input type="text" value="Marjet"/>	<input type="text" value="Hematologist Pediatrics"/>
Mrs.	<input type="text" value="Douma"/>	<input type="text" value="Minke"/>	<input type="text" value="Hemophilia Nurse Pediatrics"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text" value="+31 (0)50 3616161"/>
phone2:	<input type="text" value="+31 (0)50 3612791 (Adults)"/>
phone3:	<input type="text" value="+31 (0)50 3612740 (Pediatrics)"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="+31 (0)50 3616161"/>

Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>

email work:	<input type="text" value="hemofilie@onco.umcg.nl (Adults)"/>
-------------	--

email work2:	<input type="text" value="kinderhematologie@umcg.nl (Pediatrics)"/>
--------------	---

Email:	<input type="text" value="hemofilie@onco.umcg.nl"/>
--------	---

WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.hematologiegroningen.nl"/>
-----------------	--

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**HTC Leiden: Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text" value="Zuid-Holland"/>		
Country	<input type="text" value="Netherlands"/>	City	<input type="text" value="Leiden"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="2333 ZA"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Albinusdreef 2"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text" value="Dr."/>	<input type="text" value="den Exter"/>	<input type="text" value="P.L."/>	<input type="text" value="Adults"/>
<input type="text" value="Dr."/>	<input type="text" value="Eikenboom"/>	<input type="text" value="H.C.J."/>	<input type="text" value="Adults"/>
<input type="text" value="Dr."/>	<input type="text" value="Mohseny"/>	<input type="text" value="A.B."/>	<input type="text" value="Pediatrics"/>
<input type="text" value="Dr."/>	<input type="text" value="Smiers"/>	<input type="text" value="F.J.W."/>	<input type="text" value="Pediatrics"/>
<input type="text" value="Ms."/>	<input type="text" value="Slootweg"/>	<input type="text" value="V.C."/>	<input type="text" value="Advanced Nurse Practitioner-Adults"/>
<input type="text" value="Ms."/>	<input type="text" value="Nagtegaal"/>	<input type="text" value="H.C."/>	<input type="text" value="Physician Assistant - Adults"/>
<input type="text" value="Ms."/>	<input type="text" value="Timmermans"/>	<input type="text" value="J."/>	<input type="text" value="Advanced Nurse Practitioner-Children"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text" value="+31715296111 (24/7, haemo Dr."/>
phone2:	<input type="text" value="+31715296372 (ANP adults)"/>
phone3:	<input type="text" value="+31715261850 (HTC)"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hemofilie@lumc.nl"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.lumc.nl/hemofilie"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**HTC Maastricht: Maastrichts Universitair Medisch Centrum**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Netherlands	City	Maastricht
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	6202 AZ
Region	<input type="text"/>		
Address1	P. Debeyelaan 25		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Granzen	B.	Pediatrics
	van Rooy	Katrien	Hemophilia Nurse
Dr.	Beckers	E.A.M.	Adults
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	+31(0)433874797
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	hbc@mumc.nl
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

HTC Nijmegen: Radboudumc

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Netherlands"/>	City	<input type="text" value="Nijmegen"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="6525 GA"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Geert Groteplein Zuid 10"/>				
Address2	<input type="text" value="Route 498"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Verhoeven"/>	<input type="text" value="R."/>	<input type="text" value="Nurse Specialist Adults"/>
Ms.	<input type="text" value="Amtar"/>	<input type="text" value="M."/>	<input type="text" value="Nurse Specialist Adults"/>
Mrs.	<input type="text" value="Wanroij"/>	<input type="text" value="J"/>	<input type="text" value="Nurse specialist adults"/>
Mrs.	<input type="text" value="Liem"/>	<input type="text" value="Corinne"/>	<input type="text" value="Haemophilia Nurse children"/>
Dr.	<input type="text" value="Laros-van Gorkom"/>	<input type="text" value="B.A.P."/>	<input type="text" value="Adults Medical Director"/>
Dr.	<input type="text" value="Brons"/>	<input type="text" value="Paul"/>	<input type="text" value="Pediatrics Medical Director"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="+31(0)243610243"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="consulentenhemofilie@radboudumc.nl"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.umcn.nl/Zorg/Afdelingen/Hematologie/"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**HTC Utrecht: Van Creveldkliniek, Universitair Medisch Centrum**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Netherlands"/>	City	<input type="text" value="Utrecht"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="3584 CX"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Heidelberglaan 100"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="van Vulpen"/>	<input type="text" value="Lize"/>	<input type="text" value="Adults"/>
Dr.	<input type="text" value="Hovinga"/>	<input type="text" value="Idske Kremer"/>	<input type="text" value="Pediatrics"/>
Dr.	<input type="text" value="van Galen"/>	<input type="text" value="Karin"/>	<input type="text" value="Adults"/>
Dr.	<input type="text" value="van der Valk"/>	<input type="text" value="Paul"/>	<input type="text" value="Adults"/>
Mrs.	<input type="text" value="Uitslager"/>	<input type="text" value="Nanda"/>	<input type="text" value="Advanced Nurse Practitioner"/>
Dr.	<input type="text" value="van Beers"/>	<input type="text" value="Ward"/>	<input type="text" value="Adults"/>
Mrs.	<input type="text" value="van Bergen"/>	<input type="text" value="Gea"/>	<input type="text" value="nurse"/>
Mrs	<input type="text" value="Brands"/>	<input type="text" value="Veerle"/>	<input type="text" value="nurse"/>
Mrs	<input type="text" value="Greevenbroek"/>	<input type="text" value="Willie van"/>	<input type="text" value="nurse"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="please continue to the next page..."/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text" value="+31 88 755 84 50"/>
phone2:	<input type="text" value="+31 88 755 55 55 (UMC Utrecht)"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="+31 88 755 54 38"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="VCK-secretariaat@umcutrecht.nl"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.vancreveldkliniek.nl"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**HTC Utrecht: Van Creveldkliniek, Universitair Medisch Centrum**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Netherlands"/>	City	<input type="text" value="Utrecht"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="3584 CX"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Heidelberglaan 100"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mrs.	<input type="text" value="Yvonne"/>	<input type="text" value="Kops"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
Mrs.	<input type="text" value="Menninga"/>	<input type="text" value="Karen"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
Prof. Dr.	<input type="text" value="Schutgens"/>	<input type="text" value="Roger"/>	<input type="text" value="adults"/>
Dr.	<input type="text" value="Bartels"/>	<input type="text" value="Marije"/>	<input type="text" value="pediatrics"/>
Dr.	<input type="text" value="Fischer"/>	<input type="text" value="Kathelijn"/>	<input type="text" value="pediatrics"/>
Mrs.	<input type="text" value="Suijker"/>	<input type="text" value="Monique"/>	<input type="text" value="pediatrics"/>
Mrs.	<input type="text" value="Lek"/>	<input type="text" value="Bernadette"/>	<input type="text" value="social worker"/>
Dr.	<input type="text" value="Timmer"/>	<input type="text" value="Merel"/>	<input type="text" value="Physiotherapist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text" value="+31 88 755 84 50"/>
phone2:	<input type="text" value="+31 88 755 55 55 (UMC Utrecht)"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>

Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="+31 88 755 54 38"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>

email work:	<input type="text"/>
-------------	----------------------

email work2:	<input type="text"/>
--------------	----------------------

Email:	<input type="text" value="VCK-secretariaat@umcutrecht.nl"/>
--------	---

WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.vancreveldkliniek.nl"/>
-----------------	---



**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Christchurch Hospital Haemophilia Treatment Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province

Country  City

StreetAd  PostalCode

Region

Address1

Address2

Address3

address4:

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	Fawcett	Kathryn	Nurse Specialist
Dr.	Cross	Siobhan	Haematologist (Paediatrics)

phone 1:

phone2:

phone3:

phone\_work4

cellular:

phone\_emergency:

Fax:

fax work:

fax work2:

fax work3:

email work:

email work2:

Email:

WebSiteAddress:

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Dunedin Public Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	New Zealand	City	<input type="text"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	Haematology-Oncology Service		
Address2	Dunedin Public Hospital		
Address3	Private Bag 1921		
address4:	201 Great King Street		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Faed	James M.	Director
Ms.	Halford	Steph	Adults
Ms.	Hagglund	Claire	Paediatric

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	64-3-474-09996364
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	64-3-470-9513
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	jim.faed@healthotago.co.nz
WebSiteAddress:	http://www.otagodhb.govt.nz/Portal.asp





### HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Wellington Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	New Zealand	City	<input type="text"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	6021
Region	<input type="text"/>		
Address1	Haematology Department		
Address2	Haematology Oncology Centre		
Address3	Riddiford St.		
address4:	Private Bag 7902		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text" value="(+64) 4 806 2100"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="64-4-385-5567"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="64-4-385-5984"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="huib.buyck@ccdhb.org.nz"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Servicio Nacional de Sangre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	Nicaragua	City	Managua
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	Cruz Roja Nicaraguense				
Address2	Reparto Belmonte				
Address3	Km. 7 Carretera Sur				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	505-265-1406 ext. 1202
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	505-265-1406
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	directorcnsc@humanidad.org.ni
WebSiteAddress:	http://www.nicaragua.cruzroja.org



**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Abuja National Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Nigeria"/>	City	<input type="text" value="Abuja"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="234"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Department of Haematology"/>				
Address2	<input type="text" value="Central District, Plot 132"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="234-803-311-4417"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="ocheogbe@yahoo.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Department of Haematology and Blood Transfusion**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Nigeria"/>	City	<input type="text" value="Benin city"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="University of Benin Teaching Hospital"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	<input type="text" value="Awodu"/>	<input type="text" value="Omolade"/>	<input type="text" value="Consultant Haematologist"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>









**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Section of Hematology**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Norway	City	Oslo
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	0027
Region	<input type="text"/>		
Address1	Medical Department A		
Address2	Rikshospitalet		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Brinch	Lorentz	<input type="text"/>
Dr.	Tjonnfjord	Geir	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	47-23-07-00-00
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	47-23-07-24-61
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Royal Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Oman"/>	City	<input type="text" value="Muscat"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Ministry of Health"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>







# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Bolan Medical College Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Pakistan"/>	City	<input type="text" value="Quetta"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="87300"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Bolan University Of Medical And Health Sciences"/>				
Address2	<input type="text" value="Brewery Road"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Hanif"/>	<input type="text" value="Mohammad"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Prof. Dr.	<input type="text" value="Kapoor"/>	<input type="text" value="Chandi"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Prof. Dr.	<input type="text" value="Samad"/>	<input type="text" value="Nadeem Samad"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="(+92) 81-9213070"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="principal@bmc.edu.pk"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.bmc.edu.pk"/>



**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Fatimid Foundation**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Pakistan"/>	City	<input type="text" value="Karachi"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="393, Britto Road"/>		
Address2	<input type="text" value="Garden East"/>		
Address3	<input type="text" value="Sindh"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Hussain"/>	<input type="text" value="Shabneez"/>	<input type="text" value="Medical Director"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="(+92) 21-3225-3323"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text" value="92-21-3225-7356"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="shabneezhussain@fatimid.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.fatimid.org"/>









## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Holy Family Hospital Rawalpindi**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Pakistan"/>	City	<input type="text" value="Rawalpindi"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Holy Family Hospital Satellite Town"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Ali"/>	<input type="text" value="Qasim"/>	<input type="text" value="Consultant"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="00 92 (0) 0300 956 2425"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="qasim212@hotmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**HPWS Lahore-HTC**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Pakistan"/>	City	<input type="text" value="Lahore"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="54000"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="10-A Jail Road, Inside Chughtai Medical Center"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Sohail"/>	<input type="text" value="Shahla"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="00 92 (0) 42 35717632"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="dr.shahlasohail@gmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.hpws.org.pk"/>









## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Indus Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Pakistan"/>	City	<input type="text" value="Karachi"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="75190"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Plot C-76, Sector 31/5,"/>		
Address2	<input type="text" value="Opposite Darussalam Society Korangi Crossing"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Jamal"/>	<input type="text" value="Saba"/>	<input type="text" value="Director"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="(+92) 21 351 127 09-17"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="crd@tih.org.pk"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.indushospital.org.pk"/>







## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Quid E Azam International Hopital Rawalpindi

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Pakistan"/>	City	<input type="text" value="Rawalpindi"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Quid E Azam International Hopital"/>		
Address2	<input type="text" value="Golra Mor"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Aslam"/>	<input type="text" value="Khalid"/>	<input type="text" value="Consultant"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="00 92 (0) 0300 854 4284"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="aslamsan@hotmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Services Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Pakistan"/>
City	<input type="text" value="Lahore"/>
StreetAd	<input type="text"/>
PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>
Address1	<input type="text" value="Ghaus-ul-Azam, Jail Rd, Shadman"/>
Address2	<input type="text"/>
Address3	<input type="text"/>
address4:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Asma"/>	<input type="text" value="Asma"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="00 92 (0) 334 996 2218"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="00 92 (0) 316 404 6982"/>
	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital del Niño

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Panama"/>	City	<input type="text" value="Ciudad de Panamá"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="4087"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Jose Renan Esquivel"/>		
Address2	<input type="text" value="Servicio de Farmacia"/>		
Address3	<input type="text" value="Avenida Balboa y Calle 34"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dra.	<input type="text" value="Moreno R."/>	<input type="text" value="Bélgica"/>	<input type="text" value="Jefa de Hemato-Oncologia y Banco de"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="507-512-9809239, 234"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="507-261-2454"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="belgica_moreno@hotmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>











## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Ascencio-Es Salud

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Peru"/>	City	<input type="text" value="Lambayeque"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Plaza de la Seguridad Social s"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="51-74-237776"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="51-74-225230"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="pedro.peterone99@gmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital Nacional Carlos Seguin Escobedo - EsSalud**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Peru"/>	City	<input type="text" value="Arequipa"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Calle Peral y Filtro S/N"/>		
Address2	<input type="text" value="Cercado"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="51-54-214-110"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="51-54-221-158"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="wiquinonesch@yahoo.es"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hospital Nacional Dos de Mayo**

Hemophilia Treatment Centre

Province:

Country:  City:

StreetAd:  PostalCode:

Region:

Address1:

Address2:

Address3:

address4:

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:

phone2:

phone3:

phone\_work4:

cellular:

phone\_emergency:

Fax:

fax work:

fax work2:

fax work3:

email work:

email work2:

Email:

WebSiteAddress:

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Brokenshire Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Philippines	City	Davao City
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	8000
Region	<input type="text"/>		
Address1	Mindanao Hemophilia and Bleeding Disorder Treatment Center		
Address2	Madapo Hill		
Address3	Davao del Sur		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Ong	Jeannie	Consultant Hematologist
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	63-82- 3053525 x 4502
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	adjenong@yahoo.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>











## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Department of Hematology

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Poland"/>	City	<input type="text" value="Krakow"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="31-501"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Medical College of the Jagiellonian University"/>		
Address2	<input type="text" value="Kopernika 17"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text" value="Ms."/>	<input type="text" value="Jonczyk"/>	<input type="text" value="Halina"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
<input type="text" value="Prof."/>	<input type="text" value="Skotnicki"/>	<input type="text" value="Aleksander"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="Dr."/>	<input type="text" value="Zdziarska"/>	<input type="text" value="Joanna"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="48-12-424-76-00"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="48-12-424-76-33"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="48-12-424-74-26"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="alekskot@hemat.cm-uj.krakow.pl"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://cm-uj.krakow.pl/hematologia/"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Department of Hematology - Katowice**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Poland"/>	City	<input type="text" value="Katowice"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="University Medical School"/>		
Address2	<input type="text" value="ul. Dabrowskiego 25"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Najda"/>	<input type="text" value="Jacek"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Kyrzcz-Krzemien"/>	<input type="text" value="Slawomira"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="48-32-256-2858"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="48-32-255-4985"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hematologia@spskm.katowice.pl"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.spskm.katowice.pl/kliniki/lkh/lkh.html"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Department of Hematology - Lodz

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Poland"/>	City	<input type="text" value="Lodz"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="93-510"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="University Medical School"/>				
Address2	<input type="text" value="Copernicus Memorial Hospital"/>				
Address3	<input type="text" value="Ciolkowskiego 2"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	<input type="text" value="Chojnowski"/>	<input type="text" value="Krzysztof"/>	<input type="text" value="Deputy"/>
Dr.	<input type="text" value="Trelinski"/>	<input type="text" value="Jacek"/>	<input type="text" value="Deputy"/>
Prof.	<input type="text" value="Robak"/>	<input type="text" value="Tadeusz"/>	<input type="text" value="Head of the Department"/>
Ms.	<input type="text" value="Rygas"/>	<input type="text" value="Barbara"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="48-42-689-5191"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="48-42-680-5192"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="robaktad@csk.umed.lodz.pl"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Department of Hematology - Lublin

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Poland"/>	City	<input type="text" value="Lublin"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="20-081"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="HaematoOncology Dpt"/>		
Address2	<input type="text" value="Medical University of Lublin"/>		
Address3	<input type="text" value="Staszica 8"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	<input type="text" value="Dmoszynska"/>	<input type="text" value="A."/>	<input type="text" value="Head of Department"/>
Dr.	<input type="text" value="Hus"/>	<input type="text" value="Iwona"/>	<input type="text" value="Assistant Professor"/>
Dr.	<input type="text" value="Górska"/>	<input type="text" value="Magdalena"/>	<input type="text" value="Assistant"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="48-81-534-5468"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="48-81-534-5605"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hematologia@hen.pl"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Department of Internal Medicine and Hematology

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Poland"/>	City	<input type="text" value="Poznan"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="61-833"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="J. Strusia Hospital"/>				
Address2	<input type="text" value="Szkolna 8/12"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mrs.	<input type="text" value="Dorna"/>	<input type="text" value="V."/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Dr.	<input type="text" value="Kruger"/>	<input type="text" value="W."/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Bober"/>	<input type="text" value="M."/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Siminska"/>	<input type="text" value="D."/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="48-61-852-7611"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="48-61-852-7611"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="haemostasis@interia.pl"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Department of Paediatrics, Haematology and Oncology

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Poland"/>	City	<input type="text" value="Warsaw"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="00-576"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="University Medical School"/>		
Address2	<input type="text" value="Marszalkowska 24"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Sikorska"/>	<input type="text" value="Anna"/>	<input type="text"/>
Prof.	<input type="text" value="Matysiak"/>	<input type="text" value="Michal"/>	<input type="text" value="Head"/>
Prof.	<input type="text" value="Klukowska"/>	<input type="text" value="Anna"/>	<input type="text" value="Head of Haemophilia Centre"/>
Dr.	<input type="text" value="Makowska"/>	<input type="text" value="Wioletta"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Gwozdowska"/>	<input type="text" value="Adela"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Laguna"/>	<input type="text" value="Pawel"/>	<input type="text" value="Contact Doctor"/>
	<input type="text" value="Chelchowska"/>	<input type="text" value="Halina"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="48-22-522-7419"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="48-22-621-5362"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="skazy@litewska.edu.pl"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Department of Pediatrics, Hematology and Oncology

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Poland"/>	City	<input type="text" value="Lublin"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="20-093"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="University Medical School"/>		
Address2	<input type="text" value="Chodzki 2"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Woznica-Karczmarz"/>	<input type="text" value="Irena"/>	<input type="text"/>
Prof.	<input type="text" value="Kowalczyk"/>	<input type="text" value="Jerzy"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Malek"/>	<input type="text" value="Urszula"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="48-81-718-5452"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="48-81-747-7220"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hemped@disk.lublin.pl"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Institute of Hematology and Transfusion Medicine

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Poland"/>	City	<input type="text" value="Warsaw"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="0776-02-01"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Center for Hemophilia Treatment"/>				
Address2	<input type="text" value="14 I. Gandhi Street"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Owczarska"/>	<input type="text" value="Katarzyna"/>	<input type="text"/>
Ms.	<input type="text" value="Nast"/>	<input type="text" value="Beata"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
Dr.	<input type="text" value="Stefanska"/>	<input type="text" value="Ewa"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Wasilewski"/>	<input type="text" value="Robert"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Jurek"/>	<input type="text" value="Slawomir"/>	<input type="text"/>
Ms.	<input type="text" value="Baran"/>	<input type="text" value="Beata"/>	<input type="text" value="Lab Coordinator"/>
Dr.	<input type="text" value="Buczma"/>	<input type="text" value="Anna"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="48-22-349-6158"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="48-22-349-6159"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="jwindyga@ihit.waw.pl"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://en.ihit.ntx.pl/"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Wojewódzka Poradnia Hematologiczna - Katowice

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Poland"/>	City	<input type="text" value="Katowice"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="40-038"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Out-patient clinic"/>				
Address2	<input type="text" value="ul. Powstanców 31"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Baranski"/>	<input type="text" value="A."/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Holowiecki"/>	<input type="text" value="Jerzy"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="48-32-209-11-36"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="48- 32-255-32-42"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="sekretariat@zwps.pl"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.zwps.home.pl/zwps/poradnia_hematolo"/>









**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Centro Hospitalar de Coimbra - Pediatric Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	Portugal	City	Coimbra
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	3000-076
Region	<input type="text"/>		
Address1	Av. Bissaya Barreto Celas		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Tomás	Jorge	Director
Dra.	Sevivas	Teresa	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	351-239-480-300
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	351-239-810-070
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	hematologia@chc.min-saude.pt
WebSiteAddress:	www.chc.min-saude.pt

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (only adults)

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Portugal"/>	City	<input type="text" value="Lisbon"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="1150-199"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Hospital de S. José"/>		
Address2	<input type="text" value="Dept. of Imuno-Hemotherapy (Blood Service)"/>		
Address3	<input type="text" value="Rua António José Serrano"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dra.	<input type="text" value="Antunes"/>	<input type="text" value="Margarida"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Santos"/>	<input type="text" value="Alexandra"/>	<input type="text"/>
Dra.	<input type="text" value="Espírito Santo"/>	<input type="text" value="Deonilde"/>	<input type="text" value="Director"/>
Dra.	<input type="text" value="Diniz"/>	<input type="text" value="Maria João"/>	<input type="text"/>
Dra.	<input type="text" value="Dias"/>	<input type="text" value="Maria"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="351-218-841-736 (Direct)"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="351-218-841-058"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="sec.imuno1@chlc.min-saude.pt"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.chlc.min-saude.pt"/>















# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital Amato Lusitano**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Portugal	City	Castelo Branco
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	6000-085
Region	<input type="text"/>		
Address1	Serviço de Imuno-Hemoterapia		
Address2	Av. Pedro Álvares Cabral		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	Pires	Raquel	Nurse
Dr.	Araújo	Luís Francisco	Director

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	51-272-000-272 (General)
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	351-272-000-765
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	hemoterapia@hal.min-saude.pt
WebSiteAddress:	www2.ulscb.min-saude.pt



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital de Faro, EPE

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Portugal"/>	City	<input type="text" value="Faro"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="8000-386"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Serviço de Imuno-Hemoterapia"/>				
Address2	<input type="text" value="Rua Leão Penedo"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Caetano"/>	<input type="text" value="Gonçalo"/>	<input type="text"/>
Dra.	<input type="text" value="Rocha"/>	<input type="text" value="Elsa"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="351-289-891-100 (General)"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="351-289-002-025"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="secsih@hdfaro.min-saude.pt"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.hdfaro.min-saude.pt"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital de Nossa Senhora do Rosário**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Portugal"/>	City	<input type="text" value="Barreiro"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="2830-094"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Serviço de Imuno-Hemoterapia"/>		
Address2	<input type="text" value="Av. Movimento das Forças Armadas"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dra.	<input type="text" value="Bilro"/>	<input type="text" value="Joaquina"/>	<input type="text" value="Director"/>
Dra.	<input type="text" value="Batista"/>	<input type="text" value="Fátima"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="351-212-147-300 (General)"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="351-212-147-330"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="imuno.dir@hbarreiro.min-saude.pt"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.chbm.min-saude.pt"/>







**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hospital Distrital da Horta**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Portugal	City	Horta
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	9900-038
Region	<input type="text"/>		
Address1	Serviço de Sangue		
Address2	Estrada Príncipe Alberto do Mónaco		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dra.	Maduro	Filomena	
Mr.	Rosa	Daniel	

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	351-292-201-000 (General)
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	351-292-293-144
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital do Divino Espírito Santo

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Portugal	City	Ponta Delgada
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	9500-153
Region	<input type="text"/>		
Address1	Serviço de Hematologia		
Address2	Largo 5 de Outubro		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dra.	Fraga	Cristina	Director
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	351-296-203-000 (General)
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	351-296-203-090
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	hematologia@hdes.pt
WebSiteAddress:	www.hdes.pt

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital do Espírito Santo, EPE**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Portugal"/>	City	<input type="text" value="Évora"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Serviço de Sangue"/>		
Address2	<input type="text" value="Largo Senhor da Pobreza s/n"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dra.	<input type="text" value="Guz"/>	<input type="text" value="Madalina"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Ferro"/>	<input type="text" value="Francisco"/>	<input type="text" value="Director"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="351-266-740-100 (General)"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="351-266-740-124"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.hevora.min-saude.pt"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital Dr. José Maria Grande**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Portugal"/>
City	<input type="text" value="Portalegre"/>
StreetAd	<input type="text"/>
PostalCode	<input type="text" value="7301-853"/>
Region	<input type="text"/>
Address1	<input type="text" value="Hospital Distrital de Portalegre"/>
Address2	<input type="text" value="Serviço de Imuno-Hemoterapia"/>
Address3	<input type="text" value="Av. de Santo António, Apartado 234"/>
address4:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Rachid"/>	<input type="text" value="Abdul"/>	<input type="text" value="Pediatrics"/>
Dra.	<input type="text" value="Mamede"/>	<input type="text" value="Margarida"/>	<input type="text" value="Pharmaceutical"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="351-245-301-000 (General)"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.ulsna.min-saude.pt"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hospital Garcia da Orta, EPE**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Portugal"/>
City	<input type="text" value="Almada"/>
StreetAd	<input type="text"/>
PostalCode	<input type="text" value="2801-951"/>
Region	<input type="text"/>
Address1	<input type="text" value="Serviço de Pediatria"/>
Address2	<input type="text" value="Av. Torrado da Silva Pragal"/>
Address3	<input type="text"/>
address4:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dra.	<input type="text" value="Tavares"/>	<input type="text" value="Ana"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Franco"/>	<input type="text" value="João"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="351-212-727-100 (General)"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="351-212-727-123"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.hgo.pt"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital Infante D. Pedro, EPE

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Portugal"/>	City	<input type="text" value="Aveiro"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="3814-501"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Serviço de Imuno-Hemoterapia"/>		
Address2	<input type="text" value="Av. Dr. Artur Ravara"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dra.	<input type="text" value="Borges"/>	<input type="text" value="Lúcia"/>	<input type="text" value="Director"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="351-234-378-300 ext: 377 or 315"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="351-234-378-395"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.hip.min-saude.pt"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Coltea Clinical Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Romania"/>	City	<input type="text" value="Bucharest"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="B-dul I. C. Bratianu nr. 1, Sector 3"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="40-021-387-41-01"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>











HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hematology Institute Prof. Dr. I. Chiricuta

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Romania"/>	City	<input type="text" value="Cluj-Napoca"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Str. B-dul 21 Decembrie nr. 34-36"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="40-0264-592-766"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>







## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

National Institute for Transfusional Hematology

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Romania"/>	City	<input type="text" value="Bucharest"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="050786"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="2-8 Constantin Caracas St., district 1, Bucharest"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text" value="( +40) 0756088200"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="031-425-1231"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="luminita_rusen@hotmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Moscow Children's Hematology Centre

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Russian Federation	City	Moscow
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	105077
Region	<input type="text"/>		
Address1	Verhniaja Pervomayskaya St, 48/15		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Svirin	Pavel	
Dr.	Shiller	Ekaterina	
Dr.	Vdovin	Vladimir	Director

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	7-495-465-2319
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	7-495-465-2319
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	hemcentr@mail.ru
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**St. Petersburg Hemophilia Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Russian Federation"/>	City	<input type="text" value="St. Petersburg"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="190000"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Gorokhovaya str. 6"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Andreeva"/>	<input type="text" value="Tatiana"/>	<input type="text" value="Director"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="7-812-315-4871"/>
cellular:	<input type="text" value="+7 911 777 31 16"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="7-812-312-8243"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="spbhemophilia@mail.ru"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**The Pathology Hemostasis Diagnostic and Treatment Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Russian Federation"/>	City	<input type="text" value="Barnaul"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="656045"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Lapidevskogo str. 1"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Mamaev"/>	<input type="text" value="Andrey"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="+7 3852 689880"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="+7 3852 689880"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="amamaev@yandex.ru"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**King Faisal Specialist Hospital & Research Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Saudi Arabia	City	Riyadh
StreetAd	<input type="text"/>		
	PostalCode	11211	
Region	<input type="text"/>		
Address1	Department of Hematology/Oncology		
Address2	MBC # 53		
Address3	P.O. Box 3354		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	966-1-442-3937
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	966-1-442-4280
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Centre National de Transfusion Sanguine - Dakar**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Senegal	City	Dakar
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	B.P. 5002		
Address2	Dakar - Fann		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Diop	Saliou	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	221-33-869-86-66
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	221-824-95-30
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	saliou2_diop@hotmail.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Blood Transfusion Institute of Serbia**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Serbia"/>	City	<input type="text" value="Belgrade"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="11000"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Svetog Save 39"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Jankovic"/>	<input type="text" value="Gordana"/>	<input type="text" value="Social Worker"/>
Dr.	<input type="text" value="Mikovic"/>	<input type="text" value="Danijela"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="381-11-2455-838"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="381-11-2458-328"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="danijelamikovic@yahoo.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.nbti.org.rs"/>

HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Clinic of Hematology, Clinical Center Nis**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Serbia	City	Nis
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	18000
Region	<input type="text"/>		
Address1	Bulevar Dr. Zorana Djindjica 48		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	Vucic	Miodrag	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	00 381-18-4222-794
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	00 381-18-4222-552
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.kcnis.rs/index.php/klinike/37-klinike/kli"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Clinic of Hematology, Clinical Centre of Serbia

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Serbia"/>	City	<input type="text" value="Belgrade"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="11000"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Koste Todorovica 2"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Elezovic"/>	<input type="text" value="Ivo"/>	<input type="text" value="Head of National Hemophilia Commit"/>
Dr.	<input type="text" value="Miljic"/>	<input type="text" value="Predrag"/>	<input type="text" value="Head of Hemophilia Treatment Centr"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="00 381-11-366 -3399"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="00 381-11-366-3399"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.kcs.ac.rs/index.php/klinike/klinika-za-he"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Clinic of Hematology, Clinical Centre Vojvodine

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Serbia	City	Novi Sad
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	21000
Region	<input type="text"/>		
Address1	Hajduk Veljkova 1		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Rajic	Nebojsa	Head of Hemophilia Treatment Centr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	00 381-21-484-3645
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	00 381-21-529-244
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="rajicns@sbb.rs"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.kcv.rs/rsCIR/"/>





## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Mother and Child Health Care Institute of Serbia "Dr Vukan

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Serbia	City	Belgrade
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	11000
Region	<input type="text"/>		
Address1	Radoja Dakica 8		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Micic	Dragan	Head of Hemophilia Treatment Centr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	381-11-3108-245
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	381-11-3108-245
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	majkaidete@ptt.yu
WebSiteAddress:	http://www.imd.org.rs

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Pediatric Clinic, Clinical Centre Kragujevac

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Serbia	City	Kragujevac
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	34 000
Region	<input type="text"/>		
Address1	Zmaj Jovina 30		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	Igrutinovic	Zoran	Head of Hemophilia Treatment Centr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	00 381-34-505-175
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	00 381-34-370-213
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.kc-kg.rs/organizacija/klinike/klinika-za-p"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

University Children's Hospital

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Serbia"/>	PostalCode	<input type="text" value="11000"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Department of Hematology and Oncology"/>		
Address2	<input type="text" value="Tirsova 10"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	<input type="text" value="Janic"/>	<input type="text" value="Dragana"/>	<input type="text" value="Head of Hemophilia Treatment Centr"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="00 381-11- 2060-691"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="00 381-11 362-1413"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="dr.janic@eunet.rs"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.udk.bg.ac.rs/"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**KK Women's and Children's Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Singapore"/>	City	<input type="text" value="Singapore"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="229899"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="100 Bukit Timah Road"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Lam	Joyce	Consultant
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text" value="(+65) 63941039"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4:	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="Joyce.Lam.CM@kkh.com.sg"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Singapore General Hospital

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Singapore	City	Singapore
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	169608
Region	<input type="text"/>		
Address1	Haemophilia Centre		
Address2	Department of Haematology & Pathology		
Address3	Outram Road		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	Yeam	Shin Yen	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	65-6321-3844
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	65-6588-3552
fax work2:	65-6224-9221
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	yeam.shin.yen@sgh.com.sg
WebSiteAddress:	http://www.sgh.com.sg

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Hemophilia Treatment Centre

Center Name

**Clinic of Pediatric oncology and hematology**

Province	<input type="text"/>		
Country	Slovakia	City	Banská Bystrica
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	974 09
Region	<input type="text"/>		
Address1	Children's Faculty Hospital		
Address2	Nam. L. Svobodu 4		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	Bubanska	Eva	MD, PhD, Head
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	421-48-472-6509
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	421-48-413-4813
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	ebubanska@dfnbb.sk
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Dept. of Hematology and Oncohematology (Adults)

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Slovakia"/>	City	<input type="text" value="Kosice"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="040 66"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="University Hospital"/>				
Address2	<input type="text" value="Trieda SNP 1"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Dulova"/>	<input type="text" value="Ingrid"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Galoova"/>	<input type="text" value="Natalia"/>	<input type="text" value="Head"/>
Dr.	<input type="text" value="Feketeova"/>	<input type="text" value="Jaroslava"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Svorcová"/>	<input type="text" value="Erika"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Trebunova"/>	<input type="text" value="Kamila"/>	<input type="text"/>
Prof.	<input type="text" value="Tothova"/>	<input type="text" value="Elena"/>	<input type="text" value="PhD, Director"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="421-55-644-5415"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="erikasv@centrum.sk"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

National Center of Hemostasis and Thrombosis

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Slovakia"/>	City	<input type="text" value="Martin"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="036 59"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Department of Hematology"/>		
Address2	<input type="text" value="University Hospital"/>		
Address3	<input type="text" value="Kollárova 2"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Kubisz"/>	<input type="text" value="Peter"/>	<input type="text" value="DrSc., Director"/>
Prof.	<input type="text" value="Dobrotová"/>	<input type="text" value="Miroslava"/>	<input type="text" value="PhD (Adults)"/>
Dr.	<input type="text" value="Plamenová"/>	<input type="text" value="Ivana"/>	<input type="text" value="(Pediatrics)"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="421-903-731-387"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="421-43-413-2061"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hema@jfmed.uniba.sk"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Regional Center of Hemostasis and Thrombosis**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Slovakia"/>	City	<input type="text" value="Banská Bystrica"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="975 17"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="F.D.Roosevelt's Hospital"/>				
Address2	<input type="text" value="Nam. L. Svobodu 1"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Cellarova"/>	<input type="text" value="Erika"/>	<input type="text" value="Deputy Head"/>
Dr.	<input type="text" value="Wild"/>	<input type="text" value="Alexander"/>	<input type="text" value="Head"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="421-48-441-3510"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="421-48-413-4049"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="awild@nspbb.sk"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

Klinicni Center

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Slovenia	City	Ljubljana
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	SL-1000
Region	<input type="text"/>		
Address1	Department of Hematology, Internal Clinic		
Address2	Zaloska 7		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Preloznic Zupan	Irena	Hematologist
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	386-1-522-4945
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	386-1-522-2722
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	dusan.andoljsek@kclj.si
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Nacionalni Center R Slovenije za Hemofilijo

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Slovenia"/>	PostalCode	<input type="text" value="SL-1000"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Bohoriceva 20"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Benedik Dolnicar"/>	<input type="text" value="Majda"/>	<input type="text" value="Pediatrician Hemato-oncologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Andoljsek"/>	<input type="text" value="Dusan"/>	<input type="text" value="Intern Hematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Zupan Preloznik"/>	<input type="text" value="Irena"/>	<input type="text" value="Intern Hematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Kitanovski"/>	<input type="text" value="Lidija"/>	<input type="text" value="Pediatrician Hemato-oncologist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="386-1-522-9294"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="386-1-5224-055"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="386-1-522-9294"/>
fax work2:	<input type="text" value="386-1-522-4037"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="majda.benedik-dolnicar@mf.uni-lj.si"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.drustvo-hemofilikov.si"/>



**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Hemophilia Treatment Centre

Center Name **Frere Hospital**

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="South Africa"/>	City	<input type="text" value="East London"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="East London Hospitals Complex"/>		
Address2	<input type="text" value="Paediatrics Treatment Centre"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Knox"/>	<input type="text" value="Patricia"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Mathew"/>	<input type="text" value="Rema"/>	<input type="text" value="Paediatric"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="27-43-709-2511"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="27-43-709-2077"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="rema.mathew@impilo.ecprov.gov.za"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Groote Schuur Hospital

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="South Africa"/>	City	<input type="text" value="Cape Town"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="7925"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Department of Haematology"/>				
Address2	<input type="text" value="E5 Clinic, Private Bag X4"/>				
Address3	<input type="text" value="Anzio Road"/>				
address4:	<input type="text" value="(Main Road, Observatory)"/>				

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="27-21-404-3084/3077"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="McDonald"/>	<input type="text" value="Andrew"/>	<input type="text" value="Director / Haematology Consultant"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="27-21-404-3088"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="anne-louise.cruickshank@uct.ac.za"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.haemophilia.org.za"/>





## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Kimberley Provincial Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	South Africa	City	Kimberley
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	8301
Region	<input type="text"/>		
Address1	Corner Lyndhurst and Du Toitspan Road		
Address2	Belgravia		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	27-53-802-9111
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	27-86-672-1579
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	jpjooste@mweb.co.za
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Nelson Mandela Academic Complex

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="South Africa"/>	City	<input type="text" value="Mthatha"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="5099"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="P O Box 52764"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	<input type="text" value="Taragonsky"/>	<input type="text" value="J"/>	<input type="text"/>
Prof.	<input type="text" value="Ogunswayo"/>	<input type="text" value="Basil"/>	<input type="text"/>
Mr.	<input type="text" value="Khanyile"/>	<input type="text" value="Rosemary"/>	<input type="text" value="Haemophilia Sister"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="27 47 5024612"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="jat@telkomsa.net"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Polokwane Provincial Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	South Africa	City	Polokwane
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	0699
Region	<input type="text"/>		
Address1	Corner of Dorp and Hospital Streets		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	27 15 2875043
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	27 15 2975443
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="cjsutton@mweb.co.za"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Potchefstroom Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="South Africa"/>	City	<input type="text" value="Potchefstroom"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Cnr Chris Hani &amp; Truis Street"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
	<input type="text" value="Mofulatsi"/>	<input type="text" value="Dorah"/>	<input type="text" value="Haemophilia Sister"/>
Dr.	<input type="text" value="Radebe"/>	<input type="text" value="Moosa"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="27 18 2934627"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="cmradebe@gmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Red Cross Children's Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="South Africa"/>	City	<input type="text" value="Cape Town"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="7700"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Hemophilia Treatment Center"/>		
Address2	<input type="text" value="Klipfontein Road"/>		
Address3	<input type="text" value="Rondebosch"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Hendricks"/>	<input type="text" value="Marc"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Desai"/>	<input type="text" value="Farieda"/>	<input type="text" value="Paediatric Haematology/Oncology"/>
Dr.	<input type="text" value="Davidson"/>	<input type="text" value="Alan"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="27-21-658-5297"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="27-21-689-1287"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="farieda.desai@uct.ac.za"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.haemophilia.org.za"/>







# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Tygerberg Hospital, Ward G3**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="South Africa"/>	City	<input type="text" value="Parow"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="7505"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Private Bag X3"/>				
Address2	<input type="text" value="Francie Van Zyl Drive"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Uys"/>	<input type="text" value="Ronelle"/>	<input type="text" value="Medical Officer"/>
Dr.	<input type="text" value="Dippenaar"/>	<input type="text" value="A."/>	<input type="text" value="Consultant"/>
Ms.	<input type="text" value="Bantam"/>	<input type="text" value="Elize"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="27-21-938-4564 Direct"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="27-21-938-9138"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="fijima@mweb.co.za"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.haemophilia.org.za"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Complejo Asistencial de Palencia

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Spain"/>	PostalCode	<input type="text" value="34005"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Avda. Donantes de Sangre s"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dra.	<input type="text" value="Cantalejo"/>	<input type="text" value="Rosa"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Alonso"/>	<input type="text" value="José Maria"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Ortega"/>	<input type="text" value="Fernando"/>	<input type="text" value="Jefe del Servicio"/>
	<input type="text" value="Andrés"/>	<input type="text" value="Rosa"/>	<input type="text" value="Enfermera supervisora"/>
Dra.	<input type="text" value="Pérez"/>	<input type="text" value="Ma. Teresa"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Sanz"/>	<input type="text" value="Miguel Angel"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Pérez"/>	<input type="text" value="Sonia"/>	<input type="text"/>
Dra.	<input type="text" value="Martín"/>	<input type="text" value="Sonia"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="34-979-167-000 ext. 7123"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="34-979-167-014"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="vortega@hrcr.sacyl.es"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>









## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Complejo Hospitalario Universitario A Coruña**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Spain"/>	City	<input type="text" value="La Coruña"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="15006"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Servicio de Hematologia y Hemoterapia"/>				
Address2	<input type="text" value="Xubias de Arriba, 84"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Batlle"/>	<input type="text" value="Javier"/>	<input type="text" value="Chairman"/>
Dra.	<input type="text" value="López Fernández"/>	<input type="text" value="María Fernanda"/>	<input type="text"/>
Dra.	<input type="text" value="Vale López"/>	<input type="text" value="Ana"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="34-98-117-8241"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="34-98-110-0983"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="Francisco.Javier.Batlle.Fonrodona@sergas.es"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.canalejo.org"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital Bierzo**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Spain"/>	City	<input type="text" value="Ponferrada"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="24400"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="C/ Médicos sin frontera, 7"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Sanz"/>	<input type="text" value="Carmen Aguilera"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="34-987-45-52-00"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="34-987-45-53-00"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="caguilera@hbrzosacyl.es"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital de Cabueñes**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Spain"/>	City	<input type="text" value="Gijón"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="33203"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Servicio de Hematologia"/>		
Address2	<input type="text" value="Cabueñes s"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Fernández Garcia	Joaquín	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="34-98-533-6333"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="34-98-536-7169"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>













## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital Donostia**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Spain"/>	City	<input type="text" value="San Sebastián"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="20014"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Servicio de Hematologia"/>				
Address2	<input type="text" value="Edificio Amara"/>				
Address3	<input type="text" value="Dr. Beguiristain, s"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="34-943-007000 ext.3464"/>
cellular:	<input type="text" value="34-600-766530"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="34-943-365-451"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="javier.carrerahernani@osakidetza.net"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hospital General Yagüe**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Spain"/>	City	<input type="text" value="Burgos"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="09005"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Avenida del Cid, s"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="34-94-728-1810"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="34-94-728-1829"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="drprieto@hotmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.hgy.es"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital Infanta Cristina

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Spain"/>	City	<input type="text" value="Badajoz"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="06080"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Avda. de Elvas, s"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Vaca"/>	<input type="text" value="Ramon"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="34-92-421-8100"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="34-92-427-4979"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.hospitalbadajoz.org"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital Juan Ramon Jimenez

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Spain"/>	City	<input type="text" value="Huelva"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="21005"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Ronda Norte, s"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Amian Martínez	Antonio	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="34-95-201-0000"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="34-95-901-6053"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name **Hospital Materno Infantil**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Spain"/>	City	<input type="text" value="Malaga"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="29011"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="CL Avda. Arroyo de los Ángeles s/n"/>		
Address2	<input type="text" value="Málaga"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="34-95-103-0200"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="34-95-103-0245"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="dilia_brito@hotmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.carloshaya.net"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hospital Miguel Servet**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Spain"/>	City	<input type="text" value="Zaragoza"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="50009"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Servicio de Hematologia"/>		
Address2	<input type="text" value="Paseo Isabel la Católica, 1-3"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Lucia"/>	<input type="text" value="J.F."/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="34-97-676-5546"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="34-97-676-5545"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="jluciac@medynet.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>







## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital Sant Joan de Déu

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Spain"/>	City	<input type="text" value="Esplugues de Llobregat (Barcel"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="08950"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Trastornos de la coagulación y la hemostasia en niños"/>		
Address2	<input type="text" value="Hematología Pediátrica"/>		
Address3	<input type="text" value="Passeig Sant Joan de Déu 2"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Berrueco"/>	<input type="text" value="Rubén"/>	<input type="text" value="Coordinator"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4:	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="rberrueco@sjdhospitalbarcelona.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.sjdhospitalbarcelona.org"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital Torrecádenas**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Spain"/>	City	<input type="text" value="Almeria"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="04009"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Paraje de Torrecádenas s"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Gimenez Garrido"/>	<input type="text" value="Francisco"/>	<input type="text"/>
Dra.	<input type="text" value="Villegas Maldonado"/>	<input type="text" value="Gracia"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="34-95-001-6415"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="34-95-001-6108"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hematologia.cht.hto.sspa@juntadeandalucia.es"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdes"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital Txagorritxu

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Spain"/>	PostalCode	<input type="text" value="01009"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Servicio de Hematologia"/>		
Address2	<input type="text" value="Calle José Atxotegui, s"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Pérez Clausel"/>	<input type="text" value="Carlos"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="34-94-524-2600"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="34-94-522-3440"/>
fax work2:	<input type="text" value="34-945-007-382"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.hospitaltxagorritxu.org"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Spain"/>	City	<input type="text" value="Oviedo"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="33006"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Unidad de Trombosis y Hemostasia"/>		
Address2	<input type="text" value="Servicio de Hematología y Hemoterapia"/>		
Address3	<input type="text" value="Celestino Villamil s"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text" value="Ramón Corte Buelga"/>	<input type="text" value="José"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text" value="Fernández Rodríguez"/>	<input type="text" value="Angeles"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text" value="Fernández Fernández"/>	<input type="text" value="Pilar"/>	<input type="text" value="Enfermera"/>
<input type="text" value="Dra."/>	<input type="text" value="Soto Ortega"/>	<input type="text" value="Inmaculada"/>	<input type="text" value="Medico Adjunto"/>
<input type="text" value="Dra."/>	<input type="text" value="Rodriguez Pinto"/>	<input type="text" value="Carmen"/>	<input type="text" value="Jefe de Servicio"/>
<input type="text"/>	<input type="text" value="Fernández Urgellés"/>	<input type="text" value="Manuel"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="34-98-510-800038311"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="34-98-510-8753"/>
fax work2:	<input type="text" value="34-98-510-8015"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="inmaculada.soto@sespa.princast.es"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital Universitario la Fe**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Spain"/>	City	<input type="text" value="Valencia"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="46009"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Unidad de Hemostasia y Trombosis"/>				
Address2	<input type="text" value="Avda. del Campanar, 21"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Haya"/>	<input type="text" value="Saturnino"/>	<input type="text" value="Médico hematólogo"/>
Sra.	<input type="text" value="Perales"/>	<input type="text" value="Angeles"/>	<input type="text" value="Enfermera"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="34-96-386-8752"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="34-96-197-3052"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="sbonanad@gmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.dep7.san.gva.es"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital Universitario La Paz

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Spain	City	Madrid
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	28046
Region	<input type="text"/>		
Address1	Hemostasis and Thrombosis Unit.		
Address2	Paseo de la Castellana 261.		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Álvarez-Román	Maria	Consultant Hematologist
Dra.	Martín-Salces	Mónica	Consultant Hematologist
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	34-91-207-1945
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	34-91-727-7226
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	talvarezroman@gmail.com
WebSiteAddress:	http://www.madrid.org/hospitallapaz/





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital Universitario Puerta del Mar**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Spain	City	Cadiz
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	11009
Region	<input type="text"/>		
Address1	Avenida Ana de Viya, 21		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	34-95-600-2050
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Martorell	Javier	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fax:	<input type="text"/>
fax work:	34-95-600-2297
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hpm.ssipa@juntadeandalucia.es"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.hupm.com"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital Universitario Salamanca

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Spain	City	Salamanca
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	37007
Region	<input type="text"/>		
Address1	P° de San Vicente 58-182		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Alberca	Ignacio	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	34-92-329-1110
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	34-92-329-1131
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	igalbsi@gugu.usal.es
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital Valdecilla

Hemophilia Treatment Centre

Province

Country

Spain

City

Santander

StreetAd

PostalCode

39011

Region

Address1

Servicio de Hematologia

Address2

Avda. de Valdecilla, s

Address3

address4:

----

Last Name:

First Name:

Title:

Dra.

Sedano

C.

phone 1:

phone2:

phone3:

phone\_work4

34-94-220-2520

cellular:

phone\_emergency:

Fax:

fax work:

34-94-220-2655

fax work2:

fax work3:

email work:

email work2:

Email:

hemsbc@humv.es

WebSiteAddress:

http://www.humv.es/

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital Vall d'Hebron

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Spain"/>	PostalCode	<input type="text" value="08035"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Unitat Hemofilia"/>		
Address2	<input type="text" value="(Hospital Traumatologia)"/>		
Address3	<input type="text" value="Passeig Vall d'Hebron, 119-129"/>		
address4:	<input type="text"/>		

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="34-932-746-207"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Gironella"/>	<input type="text" value="Merche"/>	<input type="text" value="Coordinator"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="34-932-749-027"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="mgironel@vhebron.net"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.vhebron.es"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital Virgen de las Nieves**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Spain"/>	City	<input type="text" value="Granada"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="18014"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Servicio de Hematologia-Hemoterapia"/>				
Address2	<input type="text" value="Avda. de las Fuerzas Armadas, 2"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dra.	Gutierrez Pimentel	Josefa	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="34-95-802-0268"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="34-95-802-0602"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.hvn.es"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital Virgen del Camino

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Spain"/>	City	<input type="text" value="Pamplona"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="31008"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Servicio de Hematologia"/>				
Address2	<input type="text" value="Calle Irunlarrea, 4"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Oyarzabal"/>	<input type="text" value="Francisco"/>	<input type="text"/>
Dra.	<input type="text" value="Paloma"/>	<input type="text" value="Maria Jose"/>	<input type="text"/>
Dra.	<input type="text" value="Redondo Izal"/>	<input type="text" value="Margarita"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="34-94-810-9400"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="34-94-817-0515"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.navarra.es"/>





**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hospital Xeral-Cies de Vigo**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Spain"/>	City	<input type="text" value="Vigo"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="36204"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Servicio de Hematologia"/>		
Address2	<input type="text" value="Pizzaro, 22"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dra.	Gonzalez Bonllosa	Rosario	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="34-98-681-6000"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="34-98-681-6029"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.sergas.es"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Karapitiya Teaching Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Sri Lanka	City	Galle
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	80000
Region	<input type="text"/>		
Address1	Department of Hematology		
Address2	Hrimbura Cross Rd		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Mohotti	Malani	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	091 2 232267
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	GAJABAMOHOTTI@YAHOO.COM
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Lady Ridgeway Children's Hospital

Hemophilia Treatment Centre

Province:

Country:  City:

StreetAd:  PostalCode:

Region:

Address1:

Address2:

Address3:

address4:

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Jayatilaka	M.M.	

phone 1:

phone2:

phone3:

phone\_work4:

cellular:

phone\_emergency:

Fax:

fax work:

fax work2:

fax work3:

email work:

email work2:

Email:

WebSiteAddress:





## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Khartoum Teaching Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Sudan"/>	City	<input type="text" value="Khartoum"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Faculty of Medicine, University of Khartoum, POBox 102"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mrs.	<input type="text" value="Salman"/>	<input type="text" value="Ikhlas"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
Mr.	<input type="text" value="Mustafa"/>	<input type="text" value="Ahmed Omer Ibrahi"/>	<input type="text" value="Laboratory technologist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="249120134163"/>
cellular:	<input type="text" value="249(0)912254335"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Karolinska University Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Sweden"/>	PostalCode	<input type="text" value="SE-17176"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Coagulation Unit"/>		
Address2	<input type="text" value="Department of Hematology"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="+46 8 12373373"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="+46 8 123 5120 pediatrics"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="+46 8 123 750 84"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="maria.s.magnusson@regionstockholm.se"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Magnusson"/>	<input type="text" value="Maria"/>	<input type="text" value="Head of Coagulation Unit"/>
Dr.	<input type="text" value="Frisk"/>	<input type="text" value="Tony"/>	<input type="text" value="(pediatric)"/>
Ms.	<input type="text" value="Svennefalk"/>	<input type="text" value="Malin"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
Mrs.	<input type="text" value="Olsson"/>	<input type="text" value="Elsa"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
Mrs.	<input type="text" value="Vlachou"/>	<input type="text" value="Evangelia"/>	<input type="text" value="Pediatric nurse"/>
Mrs.	<input type="text" value="Hanstein"/>	<input type="text" value="Johanna"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
Ms.	<input type="text" value="Elfvinge"/>	<input type="text" value="Petra"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Malmo University Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Sweden"/>	PostalCode	<input type="text" value="SE-20502"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="University of Lund"/>		
Address2	<input type="text" value="Malmo Centre for Thrombosis and Haemostasis"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	<input type="text" value="Ljung"/>	<input type="text" value="Rolf C. R."/>	<input type="text" value="Pediatrician"/>
Prof.	<input type="text" value="Berntorp"/>	<input type="text" value="Erik"/>	<input type="text" value="Director"/>
Dr.	<input type="text" value="Benoni"/>	<input type="text" value="Goran"/>	<input type="text" value="Orthopaedic Surgeon"/>
Dr.	<input type="text" value="Astermark"/>	<input type="text" value="Jan"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="46-40-332-392"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="46-40-336-255"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="erik.berntorp@med.lu.se"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.koagulationscentrum.umass.edu"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) Lausanne

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Switzerland"/>	City	<input type="text" value="Lausanne"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="CH-1011"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Paediatric and Adult Units at CHUV"/>				
Address2	<input type="text" value="Rue du Bugnon 46"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Mattia"/>	<input type="text" value="Rizzi"/>	<input type="text" value="Head (Paediatric Unit)"/>
Prof. Dr.	<input type="text" value="Duchosal"/>	<input type="text" value="Michel"/>	<input type="text" value="(Adults Unit)"/>
Dr.	<input type="text" value="Beck-Popovic"/>	<input type="text" value="Maja"/>	<input type="text"/>
Prof.	<input type="text" value="Lorenzo"/>	<input type="text" value="Alberio"/>	<input type="text" value="(Adults Unit)"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="(41) 79 556 62 37 (Pediatrics)"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="(41) 21 314 92 95"/>
fax work2:	<input type="text" value="(41) 21 314 05 03"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="Lorenzo.Alberio@chuv.ch"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="https://www.chuv.ch/fr/hematologie/hem-home/pa"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Ente Ospedaliero Cantonale (Adult)**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Switzerland"/>	City	<input type="text" value="Bellinzona"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="6501"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Abteilung Hämatologie"/>		
Address2	<input type="text" value="Via Ospedale"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Gerber"/>	<input type="text" value="Bernhard"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Stüssi"/>	<input type="text" value="Georg"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="(+41) 91 811 94 92 (on-call hemat"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="bernhard.gerber@eoc.ch"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Ente Ospedaliero Cantonale (Pediatrics)**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Switzerland"/>	City	<input type="text" value="Bellinzona"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="6501"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Via Ospedale"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Brazzola"/>	<input type="text" value="Pierluigi"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="(+41) 91 811 94 81 (Outpatient Cli"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="pierluigi.brazzola@eoc.ch"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.coagulazione.ch"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**HFR Fribourg - hôpital cantonal**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Switzerland	City	Fribourg
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	1708
Region	<input type="text"/>		
Address1	Service d'hémato-oncologie		
Address2	Chemin des Pensionnats 2		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Levrat	Emmanuel	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	emmanuel.levrat@h-fr.ch
WebSiteAddress:	<input type="text"/>







**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Hemophilia Treatment Centre

Center Name

**Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)**

Province	<input type="text"/>		
Country	Switzerland	City	Genève
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	1205
Region	<input type="text"/>		
Address1	Hôpitaux Universitaires Genève		
Address2	Service d'angiologie et d'hémostase		
Address3	4, rue Gabrielle-Perret-Gentil		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof. Dr.	Fontana	Pierre	Head of the Haemostasis Unit
M.	Cassini	Alessandro	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	41-22-372-97-54
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	41-22-372-98-91
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	Pierre.Fontana@hcuge.ch
WebSiteAddress:	http://hemophilie.hug-ge.ch/

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Inselspital Bern**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Switzerland"/>	City	<input type="text" value="Bern"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="3010"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Polyclinic for Hematology"/>				
Address2	<input type="text" value="Bettenhochhaus BHH U1, Room 114"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Kremer Hovinga"/>	<input type="text" value="Johanna"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Wieland"/>	<input type="text" value="Anna"/>	<input type="text"/>
Prof.	<input type="text" value="Angelillo-Scherrer"/>	<input type="text" value="Anne"/>	<input type="text" value="Director"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="41-31-632-9366"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="johanna.kremer@insel.ch"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.haemophilie.insel.ch"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Inselspital Bern (Pediatric Clinic)**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Switzerland"/>	City	<input type="text" value="Bern"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="CH-3010"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Department of Pediatric Hematology/Oncology"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Kartal-Kaess"/>	<input type="text" value="Mutlu"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Rössler"/>	<input type="text" value="Jochen"/>	<input type="text" value="Head of Department"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="(+41) 31 632 94 95 (secretary)"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="(+41) 31 632 93 72 (evening/wee)"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="41-31-632-0463"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="jochen.roessler@insel.ch"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.kinderkliniken.insel.ch"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Kantonsspital Aarau - Center for Adults**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Switzerland"/>	City	<input type="text" value="Aarau"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="CH-5001"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Hämatologie"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Heizmann"/>	<input type="text" value="Marc"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Sarinayova"/>	<input type="text" value="Svetlana"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="41-62-838-5399"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="marc.heizmann@ksa.ch"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.ksa.ch"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Kantonsspital Graubünden**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Switzerland	City	Chur
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	7000
Region	<input type="text"/>		
Address1	Paediatric Hematology/Oncology and Department of Internal Medicine (Adults)		
Address2	Loëstrasse 170		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Malär	Reta	
Dr.	Jeker	Raphael	

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	(+41) 81 256 61 11 (main number)
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	reta.malaer@ksgr.ch
WebSiteAddress:	<input type="text"/>









# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Universitätskinderhospital beider Basel (UKBB)

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Switzerland"/>	City	<input type="text" value="Basel"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="4056"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Hematology / Oncology"/>				
Address2	<input type="text" value="Spitalstrasse 33"/>				
Address3	<input type="text" value="Postfach"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Diesch"/>	<input type="text" value="Tamara"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="von der Weid"/>	<input type="text" value="Nicolas"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Tanriver"/>	<input type="text" value="Ursula"/>	<input type="text"/>
Prof. Dr.	<input type="text" value="Kühne"/>	<input type="text" value="Thomas"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Schifferli"/>	<input type="text" value="Alexandra"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4:	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="+41 61 704 12 13"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="nicolas.vonderweid@ukbb.ch"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.ukbb.ch"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Universitäts-Kinderspital Zurich

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Switzerland"/>	City	<input type="text" value="Zurich"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="CH-8032"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Department of Hematology"/>		
Address2	<input type="text" value="Steinwiesstrasse 75"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof. Dr.	<input type="text" value="Schmugge"/>	<input type="text" value="Markus"/>	<input type="text" value="Head of Department Hematology"/>
Dr.	<input type="text" value="Kroiss"/>	<input type="text" value="Sabine"/>	<input type="text"/>
Prof. Dr.	<input type="text" value="Albisetti"/>	<input type="text" value="Manuela"/>	<input type="text" value="Head of Hemophilia Center"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="+ 41 (0) 44 266 73 07"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="41-44-266-7171"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="manuela.albisetti@kispi.uzh.ch"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.kispi.unizh.ch"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Universitätsspital Basel**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Switzerland"/>	City	<input type="text" value="Basel"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Hematology - Adult Unit"/>		
Address2	<input type="text" value="Petersgraben 4"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Schmidlin"/>	<input type="text" value="Nadine"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Martinez"/>	<input type="text" value="Maria"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="41-61-265-4450"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="maria.martinez@usb.ch"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.labormedizin-uhbs.ch/"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Zentrum für Labormedizin St. Gallen

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Switzerland	City	St. Gallen
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	9001
Region	<input type="text"/>		
Address1	Frohbergstrasse 3		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Graf	Lukas	<input type="text"/>
Prof. Dr.	Korte	Wolfgang	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	wolfgang.korte@zlmsg.ch
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**International Hemophilia Training Center - Bangkok**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Thailand"/>	City	<input type="text" value="Bangkok"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="10400"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Mahidol University"/>				
Address2	<input type="text" value="Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital"/>				
Address3	<input type="text" value="Rama VI Road"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Sri-Udomporn"/>	<input type="text" value="Nantana"/>	<input type="text" value="(Pediatric Dentist)"/>
Prof.	<input type="text" value="Chuansumrit"/>	<input type="text" value="Ampaiwan"/>	<input type="text" value="Director (Pediatric Hematologist)"/>
Miss	<input type="text" value="Wongwerawattanako"/>	<input type="text" value="Pakawan"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
Dr.	<input type="text" value="Suwannurak"/>	<input type="text" value="Montol"/>	<input type="text" value="(Dentist)"/>
Prof.	<input type="text" value="Angchaisuksiri"/>	<input type="text" value="Pantep"/>	<input type="text" value="(Adult Hematologist)"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="66-2-201-1749"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="66-2-201-1748"/>
fax work2:	<input type="text" value="66-2-201-1850"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="wpakawan@hotmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Centre de traitement des hémophiles de Tunis

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	Tunisia	City	Tunis
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	1008		
Region	<input type="text"/>				
Address1	Hôpital Aziza Othmana (HAO)				
Address2	Centre de Traitement des Hémophiles				
Address3	Département d'Hématologie Clinique				
address4:	1 Place du Gouvernement				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	Gouider	Emna	Médecin Responsable du CTH
Mme	Zhara	Kaouther	Physiothérapeute, coordinatrice du C
Prof.	Meddeb	Balkis	Chef de service d'Hématologie Cliniqu
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	216-71-568-228
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	216-71-568-228
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	balkismeddeb@voila.fr
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hôpital Universitaire Hédi Chaker**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Tunisia"/>	City	<input type="text" value="Sfax"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="3027"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Emna City Hedi Noura"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Kammoun"/>	<input type="text" value="Rania"/>	<input type="text" value="Physiothérapeute"/>
Dr.	<input type="text" value="Kassar"/>	<input type="text" value="Olfa"/>	<input type="text" value="Hématologue"/>
Prof.	<input type="text" value="Lourimi"/>	<input type="text" value="Moez"/>	<input type="text" value="Directeur de service d'Hématologie d"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="216-74-240-549"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="216-74-240-549"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="olfajemal@yahoo.fr"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Akdeniz University School of Medicine**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	Turkey	City	Antalya
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	07070		
Region	<input type="text"/>				
Address1	Department of Pediatrics				
Address2	Hematology Unit				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
	Boger	Hayriye	Nurse
Prof.	Undar	Levent	
Prof.	Yesilipek	Akif	Director
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	90-242-249-6520
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	90-242-227-4320
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	yesilipek@akdeniz.edu.tr
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Ankara University, Faculty of Medicine

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Turkey	City	Ankara
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	Department of Pediatrics		
Address2	Division of Pediatric Hematology		
Address3	Cebeci		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	Uysal	Zamrut	
Dr.	Ileri	Talia	

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	90-312-362-30306635
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	90-312-362-0581
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	kemahli@medicine.ankara.edu.tr
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Hemophilia Treatment Centre

Center Name **Cukurova University School of Medicine**

Province

Country  City

StreetAd  PostalCode

Region

Address1

Address2

Address3

address4:

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Kilinc"/>	<input type="text" value="Yurdanur"/>	<input type="text" value="Director"/>
	<input type="text" value="Cam"/>	<input type="text" value="Leyla"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Prof.	<input type="text" value="Sasmaz"/>	<input type="text" value="Hatice Ilgen"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:

phone2:

phone3:

phone\_work4

cellular:

phone\_emergency:

Fax:

fax work:

fax work2:

fax work3:

email work:

email work2:

Email:

WebSiteAddress:

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Ege University Medical School

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Turkey	City	Izmir
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	TR-35100
Region	<input type="text"/>		
Address1	Ege Hemophilia Center		
Address2	Ege University Hospital		
Address3	Children's Hospital Hematology Unit		
address4:	Bornova-Izmir		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mrs.	Isin	Raziye	Nurse
Prof.	Kavakli	Ramazan Kaan	Director
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	90-232-390-1017
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	90-532-627-5964
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	90-232-347-1898
fax work2:	90-232-388-9900
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	kaan.kavakli@ege.edu.tr
WebSiteAddress:	http://www.hedef-tr.org

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Gazi University School of Medicine**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	Turkey	City	Ankara
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	06500	Region	<input type="text"/>
Address1	Dept. of Pediatrics, Hematology Unit				
Address2	Besevler				
Address3	Konya Asfalti				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Kaya	Zuhre	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	90-312-213-49706025
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	90-312-213-4970
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	turkiz@gazi.edu.tr
WebSiteAddress:	http://www.gazi.edu.tr





**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hacettepe University School of Medicine**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	Turkey	City	Ankara
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	06100		
Region	<input type="text"/>				
Address1	Dept of Internal Medicine, Hematology Unit				
Address2	Sihhiye				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Buyukasik	Yahya	
Prof.	Haznedaroglu	Ibrahim	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	90-312-305-1543
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	90-312-311-4246
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Istanbul University Hemophilia Comprehensive Care Centre

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	Turkey	City	Istanbul
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	34093		
Region	<input type="text"/>				
Address1	Istanbul Universitesi Onkoloji Enstitusu, Capa				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Koc	Basak	Pediatric Hematology/Oncology
Prof.	Zulfikar	Bulent	Pediatric Hematocology/Oncology
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	+90212 414 2434 (ext:34212)
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	+90212 534 8078
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	bulent.zulfikar@istanbulmedicare.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Istanbul University, Istanbul School of Medicine

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	Turkey	City	Istanbul
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	34390		
Region	<input type="text"/>				
Address1	Istanbul Tip Fakultesi, Cocuk Klinigi				
Address2	Millet Caddesi, CAPA				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	Unuvar	Aysegul	PEDIATRIC HEMATOLOGY
Dr.	Devecioplul	Omer	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	90-212-414-200031662
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	90-212-414-2215
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="aunuvar@istanbul.edu.tr"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.itf.istanbul.edu.tr"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Karadeniz Technical University Medical School**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	Turkey	City	Trabzon
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	61080		
Region	<input type="text"/>				
Address1	Department of Internal Medicine				
Address2	Hematology Unit				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	90-462-377-5367
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	90-462-325-0518
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	eovali@superonline.com
WebSiteAddress:	http://www.ktu.edu.tr/

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Okmeydani Educational Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province:

Country:  City:

StreetAd:  PostalCode:

Region:

Address1:

Address2:

Address3:

address4:

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:

phone2:

phone3:

phone\_work4:

cellular:

phone\_emergency:

Fax:

fax work:

fax work2:

fax work3:

email work:

email work2:

Email:

WebSiteAddress:

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Osmangazi University Medical School

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Turkey"/>	City	<input type="text" value="Eskisehir"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="26480"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Department of Internal Medicine"/>				
Address2	<input type="text" value="Hematology Unit"/>				
Address3	<input type="text" value="Meselik"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Akay"/>	<input type="text" value="Mutem Olga"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="90-222-229-14-11"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="zgulbas@superonline.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.ogu.edu.tr"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Dubai Health Authority

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United Arab Emirates"/>	City	<input type="text" value="Dubai"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Al Wasl Hospital"/>		
Address2	<input type="text" value="Pediatric department"/>		
Address3	<input type="text" value="PO BOX 9115"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Al-Hussain"/>	<input type="text" value="Mahmoud"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="971-4-219-3000"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="maalhussain@dha.gov.ae"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>









## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Barts Health Haemophilia Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="London"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="E1 1BB"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Haemophilia Centre"/>				
Address2	<input type="text" value="2nd Floor"/>				
Address3	<input type="text" value="Central Tower"/>				
address4:	<input type="text" value="Whitechapel Road"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Maposa"/>	<input type="text" value="Wandai"/>	<input type="text" value="Haemophilia Charge Nurse"/>
Ms.	<input type="text" value="Osias"/>	<input type="text" value="Arlene"/>	<input type="text" value="Haemophilia Sister"/>
Ms.	<input type="text" value="Sager"/>	<input type="text" value="Robin"/>	<input type="text" value="Haemophilia Sister"/>
Dr.	<input type="text" value="Pasi"/>	<input type="text" value="John"/>	<input type="text" value="Director"/>
Mr.	<input type="text" value="Hardy"/>	<input type="text" value="Steve"/>	<input type="text" value="Department Secretary"/>
Ms.	<input type="text" value="Hay"/>	<input type="text" value="Claire"/>	<input type="text"/>
Ms.	<input type="text" value="Khanum"/>	<input type="text" value="Ruksana"/>	<input type="text" value="Administration Assistant"/>
Ms.	<input type="text" value="Anderson"/>	<input type="text" value="Vikki"/>	<input type="text"/>
Ms.	<input type="text" value="Rahman"/>	<input type="text" value="Rotna"/>	<input type="text" value="Department Secretary"/>
Mr.	<input type="text" value="Patel"/>	<input type="text" value="Vishal"/>	<input type="text" value="Locum Physio"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-20-7377-7455"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="haemophiliacentre@bartsandthelonsn.nhs.uk"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>







**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Bedford Associate Haemophilia Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	United Kingdom	City	Bedford
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	MK42 9DJ
Region	<input type="text"/>		
Address1	Bedford General Hospital (Trust)		
Address2	Kempston Road		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Howes	D.T.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	44-1234-792-145
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Birmingham Paediatric Haemophilia Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="Birmingham"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="B4 6NH"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Birmingham Children's Hospital NHS Trust"/>				
Address2	<input type="text" value="Steelhouse Lane"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text" value="07879 111368"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="bwc.haemophilia@nhs.net"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dr.	Motwani	Jayashree	Consultant Paediatric Haematologist
Dr.	Lancashire	Jonathan (Ray)	Consultant Paediatric Haematologist
Dr.	Patel	Jesel	Consultant Paediatric Haematologist
<input type="text"/>	Lawson	Natalie	Haemophilia Specialist Nurse
<input type="text"/>	Reynolds	Katy	trainee Advanced Nurse Practitioner
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Blackburn Royal Infirmary**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="Blackburn"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="BB2 3LR"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Bolton Road"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Newsome"/>	<input type="text" value="D. A."/>	<input type="text"/>
Mrs.	<input type="text" value="McCaffrey"/>	<input type="text" value="O."/>	<input type="text"/>
Mrs.	<input type="text" value="Partington"/>	<input type="text" value="M."/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-1254-263-555"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="44-1254-687-310"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Bournemouth and Poole Haemophilia Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	United Kingdom	City	Bournemouth
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	BH7 7DW
Region	<input type="text"/>		
Address1	Royal Bournemouth Hospital		
Address2	Castle Lane East		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	44-1202-704-790
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	44-1202-448-659
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	alison.worsley@poole.nhs.uk
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Bradford Haemophilia Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="Bradford"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="BD9 6RJ"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Bradford Royal Infirmary"/>				
Address2	<input type="text" value="Duckworth Lane"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Ackroyd"/>	<input type="text" value="Samuel"/>	<input type="text" value="Haemophilia Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Kaur"/>	<input type="text" value="Sukjinder"/>	<input type="text" value="Sister (Paeds)"/>
Mrs.	<input type="text" value="Smith"/>	<input type="text" value="Susan"/>	<input type="text" value="Specialist Nurse (Adult)"/>
Mrs.	<input type="text" value="Brooks"/>	<input type="text" value="Linda"/>	<input type="text" value="Specialist Nurse (Paeds)"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-1274-542-200"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="44-1274-382-311 Children"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="44-01274-382-680"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="sam.ackroyd@bradfordhospitals.nhs.uk"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Bristol Haemostasis and Thrombosis Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="Bristol"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="BS2 8ED"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Bristol Haematology and Oncology Centre"/>				
Address2	<input type="text" value="Horfield Road"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Clark"/>	<input type="text" value="A."/>	<input type="text" value="Consultant Haematologist"/>
Ms.	<input type="text" value="Franklin"/>	<input type="text" value="Emma"/>	<input type="text" value="Haemophilia Clinical Nurse Specialist"/>
Ms.	<input type="text" value="Horton"/>	<input type="text" value="Michelle"/>	<input type="text" value="Haemophilia Clinical Nurse Specialist"/>
Dr.	<input type="text" value="Mumford"/>	<input type="text" value="Andrew"/>	<input type="text" value="Centre Director"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-117-342-3470"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="44-117-342-4036"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="michelle.horton@UHBRistol.nhs.uk"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Bristol Royal Hospital for Children**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="Bristol"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="BS2 8BJ"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Haematology Day Beds"/>		
Address2	<input type="text" value="Upper Maudlin Street"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Farrell"/>	<input type="text" value="Anna"/>	<input type="text" value="Paediatric Haemophilia Nurse Speciali"/>
Dr.	<input type="text" value="Tunstall"/>	<input type="text" value="Oliver"/>	<input type="text" value="Consultant Paediatric Haematologist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-117-342-8721"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="44-117-342-8628"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="anna.farrell@ubht.swest.nhs.uk"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.ubht.nhs.uk"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Cambridge Haemophilia Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="Cambridge"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="CB2 2QQ"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Addenbrookes NHS Trust"/>				
Address2	<input type="text" value="Hills Road"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Gattens"/>	<input type="text" value="Mike"/>	<input type="text" value="Paediatric Haematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Bradbury"/>	<input type="text" value="Myles"/>	<input type="text" value="Paediatric Haematologist"/>
Mrs.	<input type="text" value="Hayman"/>	<input type="text" value="Emma"/>	<input type="text" value="Specialist Haemophilia Nurse"/>
Dr.	<input type="text" value="Baglin"/>	<input type="text" value="T."/>	<input type="text" value="Director"/>
Mr.	<input type="text" value="Lawrence"/>	<input type="text" value="Kingsley"/>	<input type="text" value="Haemophilia Nurse"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-1223-257-039"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="44-1223-217-017"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="kingsley.lawrence@addenbrookes.nhs.uk"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Cardiff - Arthur Bloom Haemophilia Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="Cardiff"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="CF14 4XN"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="University Hospital of Wales"/>				
Address2	<input type="text" value="Heath Park"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mrs.	<input type="text" value="Loran"/>	<input type="text" value="Christine"/>	<input type="text" value="Haemophilia Nurse Manager"/>
Dr.	<input type="text" value="Collins"/>	<input type="text" value="Peter"/>	<input type="text" value="Centre Director"/>
Dr.	<input type="text" value="Alikhan"/>	<input type="text" value="Raza"/>	<input type="text" value="Consultant Haematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Rayment"/>	<input type="text" value="Rachel"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-2920-743-403"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="44-29-2074-8226"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Chichester Haemophilia Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="Chichester"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="PO19 6SE"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="St. Richards Hospital"/>				
Address2	<input type="text" value="Spitalfield Lane"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Janes"/>	<input type="text" value="S."/>	<input type="text" value="Director, Consultant Haematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Stross"/>	<input type="text" value="Paul"/>	<input type="text" value="Consultant Haematologist"/>
Ms.	<input type="text" value="Ballantyne"/>	<input type="text" value="Claire"/>	<input type="text" value="Clinical Nurse Specialist"/>
Dr.	<input type="text" value="Wilson"/>	<input type="text" value="Jamie"/>	<input type="text" value="Consultant Haematologist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-1243-831415"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="44-1243-831-413"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="sarah.janes@wsht.ns.uk"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Coventry Haemophilia Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="Coventry"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="CV2 2DX"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Walsgrave Hospital NHS Trust"/>		
Address2	<input type="text" value="Clifford Bridge Road"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Chapman"/>	<input type="text" value="Oliver"/>	<input type="text" value="Consultant Haematologist"/>
Ms.	<input type="text" value="Sedgwick"/>	<input type="text" value="Doreen"/>	<input type="text" value="Haemophilia/Haematology Clinical N"/>
Ms.	<input type="text" value="Khan"/>	<input type="text" value="Naseem"/>	<input type="text" value="Haemophilia Nurse"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-247-696-5394"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="44-247-6968-798"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="doreensedgwick@uhcw.nhs.uk"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Derby Haemophilia Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	United Kingdom	City	Derby
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	DE1 2QY
Region	<input type="text"/>		
Address1	Derbyshire Royal Infirmary		
Address2	Haematology Department		
Address3	London Road		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	McKernan	Angela	
Dr.	Mitchell	D.C.	
Ms.	Jobling	Alison	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	44-1332-787-973
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	44-1332-787-974
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Dundee Haemophilia Centre

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	United Kingdom	City	Dundee
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	DD1 9SY
Region	<input type="text"/>		
Address1	Ninewells Hospital and Medical School		
Address2	Ninewells Avenue		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
M.	Newman	Lee	Adult Haemophilia Nurse
Ms.	Caird	Angela	Data Manager
Dr.	Kerr	Ron	Hemophilia Director
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	44-1382-632-225 (Adults)
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	44-1382-632-492
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	ronkerr@nhs.net
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Eastbourne Haemophilia Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="Eastbourne"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="BN21 2UD"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Department of Haematology"/>		
Address2	<input type="text" value="Eastbourne District General Hospital"/>		
Address3	<input type="text" value="Kings Drive"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Grace"/>	<input type="text" value="R.J."/>	<input type="text" value="Consultant Haematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Sahu"/>	<input type="text" value="Satyajit"/>	<input type="text" value="Consultant Haematologist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-1323-413-417"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="44-1323-414-927"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="gover.pamela@esht.nhs.uk"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Edinburgh Haemophilia & Thrombosis Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="Edinburgh"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="EH16 4SA"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Royal Infirmary of Edinburgh"/>		
Address2	<input type="text" value="51 Little France Crescent"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Hook"/>	<input type="text" value="Susan"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Thomas"/>	<input type="text" value="Angela"/>	<input type="text" value="Consultant Haematologist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-131-242-1270"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="44-131-242-1275"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="rie.haemophilia@luht.scot.nhs.uk"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Epsom and St. Helier NHS Trust

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="Carshalton"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="SM5 1AA"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Wrythe Lane"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Behrens"/>	<input type="text" value="J."/>	<input type="text" value="Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Short"/>	<input type="text" value="S."/>	<input type="text" value="Haematology Nurse"/>
Dr.	<input type="text" value="Rice"/>	<input type="text" value="Katherine"/>	<input type="text" value="Consultant Haematologist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-20-8644-4343"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="44-208-641-6450"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="katherine.rice@epsom-sthelier.nhs.uk"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

















**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hillingdon Hospital NHS Trust**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	United Kingdom	City	Uxbridge
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	UB8 3NN
Region	<input type="text"/>		
Address1	Haemophilia Centre		
Address2	Pield Heath Road		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mrs.	Poonawala	Gail	Haemophilia Nurse
Dr.	Jan-Mohamed	R.	Director
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	44-1895-279-231
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	44-1895-279-931
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Huddersfield Royal Infirmary Haemophilia Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	United Kingdom	City	Huddersfield
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	HD3 3EA
Region	<input type="text"/>		
Address1	Haematology Department		
Address2	Lindley		
Address3	Acre Street		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Braithwaite	J.B.	Director
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	44-1484-482-550
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	44-1484-546-144
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	jane.braithwaite@cht.nhs.uk
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hull Haemophilia Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="Hull"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="HU3 2JZ"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Regional Centre for Haemostasis, Immunology and Allergy"/>				
Address2	<input type="text" value="Hull and East Yorkshire NHS Trust"/>				
Address3	<input type="text" value="Hull Royal Infirmary"/>				
address4:	<input type="text" value="Anlaby Road"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Fenwick"/>	<input type="text" value="Jeanette"/>	<input type="text" value="Specialist Nurse"/>
Mrs.	<input type="text" value="Gladstone"/>	<input type="text" value="Katherine"/>	<input type="text" value="Specialist Nurse"/>
Ms.	<input type="text" value="Woods"/>	<input type="text" value="Pippa"/>	<input type="text" value="Specialist Nurse"/>
Dr.	<input type="text" value="Carter"/>	<input type="text" value="Christopher"/>	<input type="text" value="Consultant Haematologist"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-1482-675-986"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="44-1482-607739"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="sylvia.balyen@hey.nhs.uk"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Inverness Haemophilia Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="Inverness"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="IV2 3UJ"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Raigmore Hospital"/>				
Address2	<input type="text" value="Old Perth Road"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Murray"/>	<input type="text" value="W."/>	<input type="text" value="Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Worsley"/>	<input type="text" value="Carol"/>	<input type="text" value="Haemophilia Nurse"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-1463-704-0004259"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="44-1463-705-878"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="carol.worsley@haht.scot.nhs.uk"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Ipswich Hospital NHS Trust

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="Ipswich"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="1P4 5PD"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Heath Road"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Chalmers"/>	<input type="text" value="Isobel"/>	<input type="text" value="Centre Director"/>
Dr.	<input type="text" value="Whalley"/>	<input type="text" value="Ioana"/>	<input type="text" value="Centre Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Kaznika"/>	<input type="text" value="Sharon"/>	<input type="text" value="Haemophilia Nurse Specialist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-1473-703-718"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="44-1473-703-720"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="isobel.chalmers@ipsh-tr.anglex.nhs.uk"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>











# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Leicester Haemophilia Comprehensive Care Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="Leicester"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="LE1 5WW"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Haemostasis and Thrombosis Unit"/>		
Address2	<input type="text" value="Osborne Building"/>		
Address3	<input type="text" value="Royal Infirmary"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Gooding"/>	<input type="text" value="Richard"/>	<input type="text" value="Consultant Haematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Myers"/>	<input type="text" value="Bethan"/>	<input type="text" value="Consultant Haematologist"/>
Ms.	<input type="text" value="O'Connell"/>	<input type="text" value="Sarah"/>	<input type="text" value="Lead Nurse/Sister"/>
Ms.	<input type="text" value="Arnold"/>	<input type="text" value="Emma"/>	<input type="text" value="CNS"/>
Ms.	<input type="text" value="Tadd"/>	<input type="text" value="Libby"/>	<input type="text" value="CNS/Paediatric lead"/>
Dr.	<input type="text" value="Strong"/>	<input type="text" value="Jane"/>	<input type="text" value="Consultant Haematologist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-116-258-6500"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="44-116-258-6120"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Lewisham Hospital Haemophilia Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="London"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="SE13 6LH"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="University Hospital, Lewisham"/>				
Address2	<input type="text" value="High Street"/>				
Address3	<input type="text" value="Lewisham"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Tombs"/>	<input type="text" value="Carole"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Mir"/>	<input type="text" value="Naheed"/>	<input type="text" value="Consultant"/>
Dr.	<input type="text" value="Thanigaikimar"/>	<input type="text" value="Murugaiyan"/>	<input type="text" value="Centre Director"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-208-333-3000 Ext 6248"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="44-208-333-3006"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Liverpool Haemophilia Centre

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="Liverpool"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="L7 8XP"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Roald Dahl Haemostasis and Thrombosis Unit"/>				
Address2	<input type="text" value="Prescot Street"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mrs.	<input type="text" value="Keaney"/>	<input type="text" value="Jayne"/>	<input type="text" value="Specialist Nurse"/>
Mrs.	<input type="text" value="Kay-Jones"/>	<input type="text" value="Clare"/>	<input type="text" value="Specialist Nurse"/>
Prof.	<input type="text" value="Toh"/>	<input type="text" value="C. H."/>	<input type="text" value="Centre Director"/>
Dr.	<input type="text" value="Martlew"/>	<input type="text" value="V.J."/>	<input type="text" value="Consultant Haematologist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-151-706-3391"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="44-151-706-5904"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="rdht@rlbuht.nhs.uk"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.rlbuht.nhs.uk/rdht"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Liverpool Paediatric Haemophilia Centre

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="Liverpool"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="L12 2AP"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Alder Hey Children's Hospital"/>				
Address2	<input type="text" value="Eaton Road"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Benfield"/>	<input type="text" value="Catherine"/>	<input type="text" value="Haemophilia Nurse Specialist"/>
Ms.	<input type="text" value="Mackett"/>	<input type="text" value="Nichola"/>	<input type="text" value="Nurse Specialist"/>
Dr.	<input type="text" value="Keenan"/>	<input type="text" value="Russell"/>	<input type="text" value="Consultant Paediatric Consultant"/>
Ms.	<input type="text" value="Barton"/>	<input type="text" value="Linda"/>	<input type="text" value="Staff Nurse"/>
Ms.	<input type="text" value="Smith"/>	<input type="text" value="Louise"/>	<input type="text" value="Nurse Specialist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-151-252-5079"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="44-151-252-5197"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="catherine.benfield@alderhey.co.uk"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Luton & Dunstable Hospital Haemophilia Centre

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	United Kingdom	City	Luton
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	LU4 0DZ
Region	<input type="text"/>		
Address1	Luton & Dunstable Hospital NHS Trust		
Address2	Lewsey Road		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Thompson	D.S.	Consultant Haematologist
Dr.	Flora	H.	Consultant Haematologist

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	44-1582-497-214
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	44-1582-497-214
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	dan.thompson@ldh.nhs.uk
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Manchester Comprehensive Care Haemophilia Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="Manchester"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="M13 9WL"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Manchester Royal Infirmary"/>		
Address2	<input type="text" value="Oxford Road"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mr.	<input type="text" value="Keagan"/>	<input type="text" value="Jason"/>	<input type="text" value="Research Nurse"/>
Ms.	<input type="text" value="Openshaw"/>	<input type="text" value="Meg"/>	<input type="text" value="Counsellor/Nurse Specialist"/>
Ms.	<input type="text" value="Woodage"/>	<input type="text" value="Rachel"/>	<input type="text" value="Haemophilia Nurse Specialist"/>
Ms.	<input type="text" value="Mohn"/>	<input type="text" value="Paula"/>	<input type="text" value="Haemophilia Nurse Specialist"/>
Dr.	<input type="text" value="Hay"/>	<input type="text" value="Charles"/>	<input type="text" value="Centre Director"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-161-276-4810"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="44-161-276-4814"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="haemophilia@manchester.ac.uk"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Mayday Haemophilia Centre

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="Thornton Heath"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="CR7 7YE"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Mayday University Hospital"/>		
Address2	<input type="text" value="Mayday Road"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Maitland"/>	<input type="text" value="J.A."/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-208-401-3026"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="44-208-401-3126"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Middlesborough Haemophilia Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="Middlesborough"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="TS4 3BW"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="The James Cook University Hospital"/>				
Address2	<input type="text" value="Marton Road"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Chandler"/>	<input type="text" value="J.E."/>	<input type="text" value="Consultant Haematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Dang"/>	<input type="text" value="R."/>	<input type="text" value="Consultant Haematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Wood"/>	<input type="text" value="A."/>	<input type="text" value="Consultant Haematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Plews"/>	<input type="text" value="R.D."/>	<input type="text" value="Consultant Haematologist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-1642-854-139"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="44-1642-854-31"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Newcastle Haemophilia Centre

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="Newcastle Upon Tyne"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="NE1 4LP"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Royal Victoria Infirmary"/>				
Address2	<input type="text" value="Queen Victoria Road"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Talks"/>	<input type="text" value="Kate"/>	<input type="text" value="Centre Co-Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Vowles"/>	<input type="text" value="Julie"/>	<input type="text" value="Senior Haemophilia Nurse Specialist"/>
Dr.	<input type="text" value="Hanley"/>	<input type="text" value="John"/>	<input type="text" value="Centre Director"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-191-282-4170"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="44-191-282-0814"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="brenda.buzzard@nuth.northy.nhs.uk"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Norfolk & Norwich Haemophilia Centre

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	United Kingdom	City	Norwich
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	NR4 7UY
Region	<input type="text"/>		
Address1	Norfolk & Norwich University Hospital		
Address2	Colney Lane		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	Hutchings	Amanda	Specialist Nurse
Dr.	Turner	Gillian	Consultant Haematologist
Dr.	Krishnamurthy	Suchi	Consultant Haematologist
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	44-1603-646-750
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	44-1603-286-918
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	hamish.lyall@nnuh.nhs.uk
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

North Devon Haemophilia Centre

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="Barnstaple"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="EX31 4JB"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="North Devon District Hospital"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Coppell"/>	<input type="text" value="Jason"/>	<input type="text"/>
Ms.	<input type="text" value="Williams"/>	<input type="text" value="Sally"/>	<input type="text" value="Haematology Secretary"/>
Ms.	<input type="text" value="Bowyer"/>	<input type="text" value="Melanie"/>	<input type="text" value="Haematology Specialist Nurse"/>
Dr.	<input type="text" value="Ruell"/>	<input type="text" value="Jackie"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Ngu"/>	<input type="text" value="Loretta"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-1271-322-322"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="44-1271-349-185"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="SallyJ.Williams@nhs.net"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**North Midlands Haemophilia Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	United Kingdom	City	Stoke on Trent
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	ST4 6QG
Region	<input type="text"/>		
Address1	C/O Ward 202,		
Address2	University Hospital of North Midlands NHS Trust,		
Address3	Royal Stoke University Hospital		
address4:	Newcastle Road		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Chandra	D.	Consultant Haematologist
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	44-1782-715-4444631
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	44-1782-555-286
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Northern Ireland Haemophilia Centre - Adults

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	United Kingdom	City	Belfast
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	BT9 7AB
Region	<input type="text"/>		
Address1	Belfast City Hospital		
Address2	Bridgewater Suite, C Floor		
Address3	Lisburn Road		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Benson	Gary	Haemophilia Centre Director
Mrs.	Manson	Helen	Haemophilia Sister
Dr.	McCauley	Chris	Consultant Haematologist
Dr.	Neill	Charlene	Coagulation Specialty Doctor
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4:	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	+44-28-9504-0666 (Out of Hours)
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	+44-28-9615-9957
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	HaemophiliaNurses@belfasttrust.hscni.net
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Nottingham Comprehensive Care Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="Nottingham"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="NG7 2UH"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Queens Medical Centre"/>				
Address2	<input type="text" value="Clifton Boulevard"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mrs.	<input type="text" value="Massingham"/>	<input type="text" value="Anne"/>	<input type="text" value="Clinical Nurse Specialist"/>
Dr.	<input type="text" value="Dolan"/>	<input type="text" value="Gerry"/>	<input type="text" value="Haemophilia Centre Director"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-115-970-9994"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="44-115-970-9186"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Oxford Haemophilia & Thrombosis Centre

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="Oxford"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="OX3 7LJ"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Churchill Hospital"/>		
Address2	<input type="text" value="Old Road"/>		
Address3	<input type="text" value="Headington"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Keeling"/>	<input type="text" value="David"/>	<input type="text" value="Consultant Haematologist and Co-Dir"/>
Dr.	<input type="text" value="Curry"/>	<input type="text" value="Nicola"/>	<input type="text" value="Consultant Haematologist and Co-Dir"/>
Mrs.	<input type="text" value="Burke"/>	<input type="text" value="Joanne"/>	<input type="text" value="Advanced Nurse Practioner"/>
Dr.	<input type="text" value="Shapiro"/>	<input type="text" value="Susie"/>	<input type="text" value="Consultant Haematologist and Co-Dir"/>
Mrs.	<input type="text" value="Coutts"/>	<input type="text" value="Kayleen"/>	<input type="text" value="Advanced Nurse Practioner"/>
Ms.	<input type="text" value="Eales"/>	<input type="text" value="Marie"/>	<input type="text" value="Advanced Paediatric Nurse Practioner"/>
Ms.	<input type="text" value="Pool"/>	<input type="text" value="Sarah"/>	<input type="text" value="Advanced Paediatric Nurse Practioner"/>
Dr.	<input type="text" value="Bhatnagar"/>	<input type="text" value="Neha"/>	<input type="text" value="Consultant Paediatric Haemotologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Hall"/>	<input type="text" value="Georgina"/>	<input type="text" value="Consultant Paediatric Haemotologist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-1865-225-316"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="44-1865-225-608"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="haemophilia.reception@ouh.nhs.uk"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://oxford-haematology.org.uk/clinical-services/h"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Plymouth Haemophilia Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="Plymouth"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="PL6 8DH"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Derriford Hospital"/>				
Address2	<input type="text" value="Derriford Road"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Thomas"/>	<input type="text" value="Wayne"/>	<input type="text" value="Consultant Haematologist"/>
	<input type="text" value="Malinowski"/>	<input type="text" value="Jan"/>	<input type="text" value="Haemophilia &amp; Bleeding disorders Nu"/>
Dr.	<input type="text" value="Nokes"/>	<input type="text" value="Tim"/>	<input type="text" value="Director of Haemophilia Centre &amp; Con"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-1752-792-433"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="44-1752-792-400"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="tim.nokes@phnt.swest.nhs.uk"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Portsmouth Haemophilia Centre

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	United Kingdom	City	Portsmouth
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	PO6 3LY
Region	<input type="text"/>		
Address1	Queen Alexandra Hospital		
Address2	B level Haematology out Patient Department		
Address3	Southwick Hill Rd		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	Yeaman	Jane	Haemophilia Nurse Specialist
Dr.	Hirri	Hussain M.	Consultant Haematologist, Director
Mrs.	Hayward	Heather	Administrator/Secretary
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	+44 239228 6228 (Nurse Specialis
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	+44 239228 3344 (Children)
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	+44 239228 6227
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	jane.yeaman@porthosp.nhs.uk
WebSiteAddress:	www.haemophilianetwork.org







# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Royal Hospital for Children

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	United Kingdom	City	Glasgow
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	G51 4TF
Region	<input type="text"/>		
Address1	Haemophilia Centre		
Address2	Ward 2B		
Address3	1345 Govan Road		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mrs.	Reside	Patricia	Data Manager
Dr.	Chalmers	Elizabeth	Consultant Haematologist
Ms.	Docherty	Lyn	Haemophilia Nurse Specialist
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	44-141-452-4630
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	44-141-452-4451
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	44-141-232-7858
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	elizabeth.chalmers@ggc.scot.nhs.uk
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Royal Hospital Wolverhampton Hospitals Haemophilia Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="Wolverhampton"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="WV10 0QP"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="New Cross Hospital"/>		
Address2	<input type="text" value="Wednesfield Road"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text" value="Ms."/>	<input type="text" value="Turner"/>	<input type="text" value="S."/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="Dr."/>	<input type="text" value="MacWhannell"/>	<input type="text" value="A."/>	<input type="text" value="Director"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-1902-307-999"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="44-1902-643-104"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>







# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Sheffield Children's Hospital Haemophilia Centre

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	United Kingdom	City	Sheffield
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	S10 2TH
Region	<input type="text"/>		
Address1	Roald Dahl Paediatric Haematology Centre		
Address2	Sheffield Children's Hospital		
Address3	Western Bank		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	Vora	Ajay	Paediatric Haematologist
Mrs.	Vidler	Vicky	Clinical Nurse Specialist
Dr.	Payne	Jeanette	Director
Dr.	Welch	Jenny	Consultant Haematologist
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	44-114-271-7329
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	44-114-276-2289
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	vicky.vidler@sch.nhs.uk
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Sheffield Haemophilia and Thrombosis Centre

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	United Kingdom	City	Sheffield
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	S11 8RN
Region	<input type="text"/>		
Address1	36 Wilson Road		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mrs.	Farnsworth	Joy	Senior Haemophilia Nurse
Dr.	Van Veen	Joost	Consultant Haematologist
Dr.	Hampton	Eddie	Consultant Haematologist
Prof.	Makris	Michael	Director
Dr.	Maclean	Rhona	Consultant Haematologist
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	44-114-271-3211
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	44-114-271-3856
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	hemophilia@sth.nhs.uk
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Southampton Haemophilia Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="Southampton"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="SO16 6YD"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Department of Haematology"/>				
Address2	<input type="text" value="Southampton General Hospital"/>				
Address3	<input type="text" value="Tremona Road - Main Point 8"/>				
address4:	<input type="text"/>				

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-2380-794-047"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Taylor"/>	<input type="text" value="Liz"/>	<input type="text" value="Lead Haemostasis Nurse Specialist"/>
Ms.	<input type="text" value="Bell"/>	<input type="text" value="Trish"/>	<input type="text" value="Haemophilia Nurse"/>
Dr.	<input type="text" value="Kazmi"/>	<input type="text" value="Rashid"/>	<input type="text" value="Centre Director"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="44-2380-794-143"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**St George's Haemophilia Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United Kingdom"/>	City	<input type="text" value="London"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="SW17 0QT"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="St George's Hospital"/>				
Address2	<input type="text" value="Jenner Wing"/>				
Address3	<input type="text" value="Blackshaw Road"/>				
address4:	<input type="text" value="Tooting"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Palidis"/>	<input type="text" value="Maria"/>	<input type="text" value="Paediatric Consultant"/>
Ms.	<input type="text" value="Sexton"/>	<input type="text" value="Julia"/>	<input type="text" value="Paediatric Clinical Nurse Specialist"/>
Dr.	<input type="text" value="Austin"/>	<input type="text" value="Steven"/>	<input type="text" value="Centre Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Brown"/>	<input type="text" value="Clare"/>	<input type="text" value="Data Manager"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="44-208-725-0763"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="44-208-725-5442"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="clare.brown@stgeorges.nhs.uk"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.sghaemophilia.org"/>













# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

West Midlands Region Adult Haemophilia Centre

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	United Kingdom	City	Birmingham
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	B15 2TH
Region	<input type="text"/>		
Address1	University Hospital Birmingham NHS Trust		
Address2	Queen Elizabeth Hospital		
Address3	Edgbaston		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Percy	Charles	Centre Director
Mrs.	Hupston	Helen	Co-Lead Clinical Nurse Specialist
Mrs.	Waththegedara	Malanie	Co-Lead Clinical Nurse Specialist
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	44-121-371-4997
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	44-121-371 4995
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	44-121-371-2000
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	44-121-371 4989
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	Haemophilia@uhb.nhs.uk
WebSiteAddress:	https://www.uhb.nhs.uk/services/haematology/hae







# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Akron Children's Hospital - Beegly Campus**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Boardman"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="44512"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Hemostasis and Thrombosis Center"/>				
Address2	<input type="text" value="6505 Market Street"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Hord"/>	<input type="text" value="Jeffrey"/>	<input type="text" value="Director"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="330-746-9522"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="330-746-9523"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="jhord@chmca.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.akronchildrens.org/htc"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Ann & Robert H Lurie Children's Hospital of Chicago**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Chicago"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="60611"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Comprehensive Bleeding Disorders Program"/>				
Address2	<input type="text" value="225 E. Chicago Ave, #30"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Gamerman"/>	<input type="text" value="Susan"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="312-227-4814"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="312-227-9372"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="sgamerman@luriechildrens.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Arizona Hemophilia and Thrombosis Center**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Tucson"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="85724-1501"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="1515 N. Campbell Ave., room 4915"/>				
Address2	<input type="text" value="PO Box 245024"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Moreno"/>	<input type="text" value="Vivian"/>	<input type="text" value="FNP"/>
Ms.	<input type="text" value="Gilmore"/>	<input type="text" value="Debbie"/>	<input type="text" value="Program Coordinator/Senior Data Ma"/>
Dr.	<input type="text" value="Krishnadasan"/>	<input type="text" value="Ravi"/>	<input type="text" value="Director"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="520-626-0213"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="520-626-7077"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="cdoner@email.arizona.edu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Arkansas Children's Hospital

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Little Rock"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="72202"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Hematology/Oncology"/>		
Address2	<input type="text" value="800 Marshall Street, 5th Floor"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Stine"/>	<input type="text" value="Kimo"/>	<input type="text" value="Director"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="501-364-5961"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="5013645953"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="lharris2@uams.edu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.archildrens.org"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Backus Children's Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Savannah"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="31403-3089"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="4700 Waters Avenue"/>				
Address2	<input type="text" value="P.O. Box 23089"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Gonzales"/>	<input type="text" value="Cynthia"/>	<input type="text" value="Director"/>
Mrs.	<input type="text" value="Cygan"/>	<input type="text" value="Mary Lou"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="912-658-3895"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="912-350-7680"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="cyganma1@memorialhealth.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Bleeding Disorder Center of Alaska**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Anchorage"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="99508-4627"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="3851 Piper Street, Suite U-1401"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mr.	<input type="text" value="Palmatier"/>	<input type="text" value="John"/>	<input type="text" value="Executive Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Groller"/>	<input type="text" value="Kyme"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Dr.	<input type="text" value="Schulz"/>	<input type="text" value="Laura"/>	<input type="text" value="Medical Director"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="907-212-6711"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="907-212-6710"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="alaskahemo@gmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Bloodworks Northwest**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="United States"/>
City	<input type="text" value="Seattle"/>
StreetAd	<input type="text"/>
PostalCode	<input type="text" value="98101"/>
Region	<input type="text"/>
Address1	<input type="text" value="Washington Center for Bleeding Disorders"/>
Address2	<input type="text" value="701 Pike Street, Ste. 1900 Seattle, WA 98101, United States"/>
Address3	<input type="text"/>
address4:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	<input type="text" value="Kruse-Jarres"/>	<input type="text" value="Rebecca"/>	<input type="text" value="Director"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="206-614-1200 (24/7) - Adult"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="206-614-1178"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="info@wacbd.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="https://wacbd.org/"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Boston Hemophilia Center at Brigham and Women's Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Boston"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="02115"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Division of Hematology"/>				
Address2	<input type="text" value="75 Francis Street"/>				
Address3	<input type="text" value="BWH Mid Campus-3"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Parnes"/>	<input type="text" value="Aric"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Neufeld"/>	<input type="text" value="Ellis"/>	<input type="text" value="Director"/>
Ms.	<input type="text" value="McNamara"/>	<input type="text" value="Debra"/>	<input type="text" value="Primary Contact"/>
Ms.	<input type="text" value="Mitchell"/>	<input type="text" value="Christine"/>	<input type="text" value="Social Worker"/>
Ms.	<input type="text" value="Temoczko"/>	<input type="text" value="Paula"/>	<input type="text" value="Adult Nurse Practitioner"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="617-732-5844Adult"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="617-732-5706"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="dmcnamara2@partners.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Bronson Pediatric Hematology/Oncology**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Kalamazoo"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="49007"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="601 John Street"/>				
Address2	<input type="text" value="Suite M 005"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mrs.	<input type="text" value="Inverso"/>	<input type="text" value="Nancy"/>	<input type="text" value="Program Coordinator"/>
Dr.	<input type="text" value="Elliott"/>	<input type="text" value="Katharina"/>	<input type="text" value="Pediatric Hematologist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="269-341-6350"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="269-341-8580"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="ninverso@wmcc.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Cascade Hemophilia Consortium**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Ann Arbor"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="48104"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="210 East Huron"/>		
Address2	<input type="text" value="Suite C2"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mr.	<input type="text" value="Sparrow"/>	<input type="text" value="William"/>	<input type="text" value="Director"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="734-996-3300"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="734-996-5566"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="tbrent@cascadehc.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Center for Bleeding and Thrombotic Disorder

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="St. Louis"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="63110"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="HTC Adult Program"/>		
Address2	<input type="text" value="St. Louis University Hospital, West Pavillion"/>		
Address3	<input type="text" value="3635 Vista Avenue, 3rd floor"/>		
address4:	<input type="text" value="Suite 103"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mr.	<input type="text" value="Berger"/>	<input type="text" value="William"/>	<input type="text"/>
Ms.	<input type="text" value="Bagato"/>	<input type="text" value="Judy A."/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="314-577-6168"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="314-268-5643"/>
fax work2:	<input type="text" value="314-776-2287"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="kudvagc@slu.edu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.slu.edu"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Central Virginia Center for Coagulation Disorders

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	United States	City	Richmond
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	23298-0461
Region	<input type="text"/>		
Address1	Virginia Commonwealth University		
Address2	P.O. Box 980461		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Massey	Gita	Director, Pediatrics
Dr.	Barrett	John Christian	Director, Adults
Ms.	Nolte	Melinda	Primary Contact
Mr.	Kuhn	Jan	Nurse Coordinator
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	804-827-3306
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	804-692-0291
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	menolte@mail1.vcu.edu
WebSiteAddress:	www.vcuhealth.org/cvccd







# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Children's Hospital and Clinics of Minnesota

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Minneapolis"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="55404"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="2525 Chicago Ave. South"/>				
Address2	<input type="text" value="Suite 4150"/>				
Address3	<input type="text" value="Mail Stop 32-4150"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Leonard"/>	<input type="text" value="Nicole"/>	<input type="text" value="Registered Nurse"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="612-813-6681"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="612-813-6325"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="nicole.leonard@childrensmn.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Children's Hospital Medical Center**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Cincinnati"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="45229-3026"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Hemophilia and Thrombosis Treatment Center"/>				
Address2	<input type="text" value="Division of Hematology/Oncology"/>				
Address3	<input type="text" value="MLC 11013"/>				
address4:	<input type="text" value="3333 Burnet Ave"/>				

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="513-636-7243"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="513-636-5599"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="susan.hoelle@cchmc.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.cincinnatichildrens.org"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Thompson"/>	<input type="text" value="Jacqueline"/>	<input type="text" value="Clinic Nurse"/>
Dr.	<input type="text" value="Gruppo"/>	<input type="text" value="Ralph"/>	<input type="text" value="Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Mays"/>	<input type="text" value="Molly"/>	<input type="text" value="Physical Therapist"/>
Ms.	<input type="text" value="Kilbane"/>	<input type="text" value="Lynn"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Ms.	<input type="text" value="Chambers"/>	<input type="text" value="Anne"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Ms.	<input type="text" value="Hoelle"/>	<input type="text" value="Susan"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Ms.	<input type="text" value="Moore"/>	<input type="text" value="Carrie"/>	<input type="text" value="Nurse Educator"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Children's Hospital of Los Angeles**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Los Angeles"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="90027"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Hemostasis and Thrombosis Center"/>				
Address2	<input type="text" value="4650 Sunset Boulevard"/>				
Address3	<input type="text" value="Box# 54"/>				
address4:	<input type="text"/>				

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="323-361-4141"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="323-636-6655"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="kmcginty@chla.usc.edu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mr.	<input type="text" value="Viscariello"/>	<input type="text" value="Michael"/>	<input type="text" value="Social Worker"/>
Dr.	<input type="text" value="Gomperts"/>	<input type="text" value="Edward"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Mrs.	<input type="text" value="Leung"/>	<input type="text" value="Wendy"/>	<input type="text" value="Nurse Practitioner"/>
Dr.	<input type="text" value="Hofstra"/>	<input type="text" value="Thomas"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Young"/>	<input type="text" value="Guy"/>	<input type="text" value="Director"/>
Ms.	<input type="text" value="McGinty"/>	<input type="text" value="Kathleen"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Mrs.	<input type="text" value="Narasaki"/>	<input type="text" value="Kerri"/>	<input type="text" value="Physical Therapist"/>
Ms.	<input type="text" value="Donkin"/>	<input type="text" value="Jennifer"/>	<input type="text" value="Nurse Practitioner"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Children's Hospital of Michigan

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Detroit"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="48201"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Hemostasis &amp; Thrombosis Center"/>		
Address2	<input type="text" value="3901 Beaubien Blvd."/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Merritt"/>	<input type="text" value="Danna"/>	<input type="text" value="Project Social Worker"/>
Mrs.	<input type="text" value="Frey"/>	<input type="text" value="Mary Jane"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Dr.	<input type="text" value="Chitlur"/>	<input type="text" value="Meera B."/>	<input type="text" value="Hemophilia/Hemostatis Program"/>
Dr.	<input type="text" value="Rajpurkar"/>	<input type="text" value="Madhvi"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Callaghan"/>	<input type="text" value="Michael"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Ozgonenel"/>	<input type="text" value="Bulent"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="313-745-5515"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="313-745-5237"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="mfrey2@dmc.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Children's Hospital of Oakland

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Oakland"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="94610-4131"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Hematology Department"/>				
Address2	<input type="text" value="747 Fifty-Second Street"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
	<input type="text" value="Jett"/>	<input type="text" value="Debbie"/>	<input type="text" value="Registered Nurse"/>
Dr.	<input type="text" value="Matsunaga"/>	<input type="text" value="Alison"/>	<input type="text" value="Director"/>
Mr.	<input type="text" value="Riddel"/>	<input type="text" value="James"/>	<input type="text" value="Program Coordinator"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="510-428-3853"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="510-597-7189"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="djett@mail.cho.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Children's Hospital of Orange County**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Orange"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="92868"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Department of Hematology/Oncology"/>		
Address2	<input type="text" value="455 South Main St"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Nugent"/>	<input type="text" value="Diane"/>	<input type="text" value="Director"/>
Mrs.	<input type="text" value="Hernandez"/>	<input type="text" value="Grace"/>	<input type="text" value="Physical Therapist"/>
Ms.	<input type="text" value="McDaniel"/>	<input type="text" value="Marianne"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
	<input type="text" value="Puthenveetil"/>	<input type="text" value="Geetha"/>	<input type="text" value="MD"/>
Mr.	<input type="text" value="Shedarowich"/>	<input type="text" value="Kenneth"/>	<input type="text"/>
Ms.	<input type="text" value="Bennett"/>	<input type="text" value="Mitzi"/>	<input type="text" value="Social Worker"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="714-532-8762"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="866-833-2811Adult/Ped"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="714-532-8771"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="mmcdaniel@choc.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.choc.org"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Children's Hospital of Philadelphia**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Philadelphia"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="19104"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Hemophilia Treatment Center"/>				
Address2	<input type="text" value="34th Street &amp; Civic Center Boulevard"/>				
Address3	<input type="text" value="Suite 439"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Manno"/>	<input type="text" value="Catherine"/>	<input type="text" value="Director"/>
Mrs.	<input type="text" value="Butler"/>	<input type="text" value="Regina"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
	<input type="text" value="Raffini"/>	<input type="text" value="Leslie"/>	<input type="text" value="Medical Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Mattia"/>	<input type="text" value="Mary Louise"/>	<input type="text" value="Program Coordinator"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="215-590-2198"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="215-590-3992"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="butler@email.chop.edu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Children's Hospital of Philadelphia Specialty Care Center**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Voorhees"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="08043"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Hemophilia Program"/>				
Address2	<input type="text" value="1012 Laurel Oak Road"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Randall"/>	<input type="text" value="Jennifer"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Ms.	<input type="text" value="Wask"/>	<input type="text" value="Donna"/>	<input type="text" value="Social Worker"/>
Dr.	<input type="text" value="Travis"/>	<input type="text" value="Susan"/>	<input type="text" value="Director"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="856-435-7502"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="856-627-2183"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="Schock@email.chop.edu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.chop.edu/consumer/index.jsp"/>











**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Children's Rehabilitation Services - Mobile**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Mobile"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="36604-1512"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="1610 Center Street, Suite A"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Jackson"/>	<input type="text" value="Dianna"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Dr.	<input type="text" value="Wilson"/>	<input type="text" value="Felicia"/>	<input type="text" value="Director"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="334-479-8617"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="334-450-5037"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="djackson@rehab.state.al.us"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Christiana Care Center**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Newark"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="19718"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Hemophilia Program, L-214"/>		
Address2	<input type="text" value="Christiana Hospital"/>		
Address3	<input type="text" value="4755 Ogletown-Stanton Road"/>		
address4:	<input type="text" value="Box 6001"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mr.	<input type="text" value="Lankiewicz"/>	<input type="text" value="Michael"/>	<input type="text" value="Physician Director"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="302-733-3542"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="302-733-3679"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="dcebenka@christianacare.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Comprehensive Center for Bleeding Disorders**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Milwaukee"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="53201-2178"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Blood Center of SE Wisconsin"/>		
Address2	<input type="text" value="8733 Watertown Plank Road"/>		
Address3	<input type="text" value="P.O. Box 2178"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Cornale"/>	<input type="text" value="Bridgit"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Dr.	<input type="text" value="Moss"/>	<input type="text" value="Sheryl"/>	<input type="text" value="Home Care Coordinator"/>
Mrs.	<input type="text" value="Robbins"/>	<input type="text" value="Sheri"/>	<input type="text" value="Social Worker and Financial Counselo"/>
Dr.	<input type="text" value="Gill"/>	<input type="text" value="Joan"/>	<input type="text" value="Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Volkman"/>	<input type="text" value="Jane"/>	<input type="text" value="Manager/Social Worker"/>
Ms.	<input type="text" value="Haar"/>	<input type="text" value="Jodi"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="414-257-2424"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="414-937-6580"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>









# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Dartmouth Hitchcock Hemophilia Center

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Lebanon"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="03756"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="One Medical Center Drive"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Ornstein"/>	<input type="text" value="Deborah"/>	<input type="text" value="Director"/>
Ms.	<input type="text" value="McKernan"/>	<input type="text" value="Laurel"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="603-650-5486"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="603-650-6786"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="laurel.mckernan@hitchcock.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.cancer.dartmouth.edu/hemophilia/inde"/>



**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Department of Public Health and Social Services**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	United States	City	Hagatna
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	96932
Region	<input type="text"/>		
Address1	Dept of Public Health/Social Services		
Address2	Medical Social Services		
Address3	P.O. Box 2816		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mr.	Brandshagan	William	Program Administrator
Ms.	Besebes	Barbara	Nurse Coordinator
Ms.	Zabala	Roselie V.	Program Coordinator
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	671-735-7304
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	671-735-7103
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	rosalie.zabala@dphss.guam.gov
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**DMC Karmanos Cancer Institute**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	United States	City	Detroit
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	48201
Region	<input type="text"/>		
Address1	Comprehensive Center for Bleeding Disorders and Thrombosis		
Address2	4100 John R - 4 Hudson Webber		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	Mauchline	Sharon	RN
Mrs.	Ososki	Rosanne	RN, MSN, NP
Ms.	Johnson	Floretta	MSW
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	313-745-7690
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	313-993-0295
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	rososki@dmc.org
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**East Tennessee Comprehensive Hemophilia Center**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="United States"/>
City	<input type="text" value="Knoxville"/>
StreetAd	<input type="text"/>
PostalCode	<input type="text" value="37920-6999"/>
Region	<input type="text"/>
Address1	<input type="text" value="University of Tennessee Medical Center"/>
Address2	<input type="text" value="Physician's Office Building"/>
Address3	<input type="text" value="1928 Alcoa Highway"/>
address4:	<input type="text" value="Suite 214, Building B"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Hanna"/>	<input type="text" value="Wahid"/>	<input type="text" value="Medical Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Hitch"/>	<input type="text" value="Denise"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="865-305-9170"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="865-305-9876"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="dhitch@utmck.edu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Emory/CHOA Comprehensive Hemophilia Program**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	United States	City	Atlanta
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	30322
Region	<input type="text"/>		
Address1	Emory/CHOA Comprehensive Bleeding Disorders Program - Adults and Pediatric		
Address2	2015 Uppergate Drive		
Address3	Suite 426F		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	Tyson	Kesley	
Dr.	Bennett	Carolyn	
Ms.	Bryant	Pam	Associate Director
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	404-727-1608
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	404-727-3681
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	pamela.bryant@emory.edu
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Galveston Hemophilia Program**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	United States	City	Galveston
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	77555-0565
Region	<input type="text"/>		
Address1	University of Texas Medical Branch, Adult Hematology/Oncology		
Address2	Department of Internal Medicine		
Address3	301 University Boulevard		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Alperin	Jack	Director
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	409-772-1165
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	409-772-3533
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	jalperin@utmb.edu
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

George Clinic

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Providence"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="02903"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Rhode Island Hospital"/>				
Address2	<input type="text" value="Potter, Room 159"/>				
Address3	<input type="text" value="593 Eddy Street"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mrs.	<input type="text" value="Montcrieff"/>	<input type="text" value="Caitlin"/>	<input type="text" value="Clinical Nurse Specialist"/>
Dr.	<input type="text" value="Sprinz"/>	<input type="text" value="Philippa"/>	<input type="text" value="Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Marte"/>	<input type="text" value="Raysa"/>	<input type="text" value="Program Assistant"/>
Mrs.	<input type="text" value="Aldrich"/>	<input type="text" value="Brenda"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="401-444-8250"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="401-444-6104"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="baldrich@lifespan.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Gulf States Hemophilia and Thrombophilia Center

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	United States	City	Houston
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	77030
Region	<input type="text"/>		
Address1	6655 Travis Street, Suite 400		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Escobar	Miguel	Medical Director
Mr.	Womack	Mack	Nurse Coordinator
Mrs.	Trujillo	Marisela	Administrative Director
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	713-500-8375
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	713-500-8364
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	marisela.trujillo@uth.tmc.edu
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemophilia and Thrombosis Center**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Denver"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="80045"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="University of Colorado - Anschutz Medical Campus"/>				
Address2	<input type="text" value="13199 East Montview Blvd, Ste 100"/>				
Address3	<input type="text" value="Mail Stop F416"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Ng"/>	<input type="text" value="Chris"/>	<input type="text" value="Pediatric Hematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Stabler"/>	<input type="text" value="Sally"/>	<input type="text" value="Hematologist (Adults)"/>
Dr.	<input type="text" value="Manco-Johnson"/>	<input type="text" value="Marilyn"/>	<input type="text" value="Medical Director/Hematologist Pediat"/>
Dr.	<input type="text" value="Branchford"/>	<input type="text" value="Brian"/>	<input type="text" value="Pediatric Hematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Goldenberg"/>	<input type="text" value="Neil"/>	<input type="text" value="Hematologist Pediatric and Young Ad"/>
Mrs.	<input type="text" value="Casey"/>	<input type="text" value="Amber"/>	<input type="text" value="Nurse Clinician"/>
Dr.	<input type="text" value="Warren"/>	<input type="text" value="Beth"/>	<input type="text" value="Pediatric Hematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Buckner"/>	<input type="text" value="Tyler"/>	<input type="text" value="Hematologist (Adults)"/>
Ms.	<input type="text" value="Hurdstrom"/>	<input type="text" value="Kim"/>	<input type="text" value="Nurse Clinician"/>
Ms.	<input type="text" value="Mashburn"/>	<input type="text" value="Christine"/>	<input type="text" value="Nurse Clinician"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="303-724-0169"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="1-720-848-0000 (Adults)"/>

Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="303-724-0947"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>

email work:	<input type="text"/>
-------------	----------------------

email work2:	<input type="text"/>
--------------	----------------------

Email:	<input type="text" value="nancy.spomer@ucdenver.edu"/>
--------	--

WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://medschool.ucdenver.edu/htc"/>
-----------------	--



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemophilia and Thrombosis Center of Hawaii**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Honolulu"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="96826"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Kapi'olani Medical Center"/>				
Address2	<input type="text" value="1319 Punahou Street"/>				
Address3	<input type="text" value="Pediatric Ambulatory Unit, 2nd Floor"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Medeiros"/>	<input type="text" value="Desirée"/>	<input type="text" value="Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Chun"/>	<input type="text" value="Jennifer"/>	<input type="text" value="President"/>
Ms.	<input type="text" value="Omatsu"/>	<input type="text" value="Dee Ann"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="808-528-8551"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="808-528-8005"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="DeeAnnO@kapiolani.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>









# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hemophilia Outreach Center**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Green Bay"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="54311-5622"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="2060 Bellevue Street"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Street"/>	<input type="text" value="Kay"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Ms.	<input type="text" value="Armbruster"/>	<input type="text" value="Deborah"/>	<input type="text" value="Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Ammerman"/>	<input type="text" value="Kathleen"/>	<input type="text" value="Interim Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Nuskiewicz"/>	<input type="text" value="Audrey"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="920-965-0606"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="920-965-0607"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="kays@hemophiliaoutreach.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.hemophiliaoutreach.org"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Henry Ford Health System

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Detroit"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="48202-2689"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="K-13 Hematology / Oncology"/>				
Address2	<input type="text" value="2799 West Grand Boulevard"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Lambing"/>	<input type="text" value="Angela"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Dr.	<input type="text" value="Kuriakose"/>	<input type="text" value="Philip"/>	<input type="text" value="Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Kachalsky"/>	<input type="text" value="Ellen"/>	<input type="text" value="Social Worker"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="313-916-3790"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="313-916-9047"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="ekach11@hfhs.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hospital of the University of Pennsylvania**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Philadelphia"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Penn Hemophilia &amp; Thrombosis Program"/>		
Address2	<input type="text" value="3rd floor Dulles"/>		
Address3	<input type="text" value="3400 Spruce Street"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
	<input type="text" value="Morris"/>	<input type="text" value="Dyanne"/>	<input type="text" value="Hemophilia Nurse Coordinator"/>
Dr.	<input type="text" value="Konkle"/>	<input type="text" value="Barbara"/>	<input type="text" value="Medical Director"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="215-615-8008"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="215-243-6596"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="morrisd@uphs.upenn.edu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Idaho Regional Hemophilia Center**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Boise"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="83705"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="4696 Overland Road, Suite 234"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mr.	<input type="text" value="Sandmeyer"/>	<input type="text" value="Nick"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
Dr.	<input type="text" value="Chang"/>	<input type="text" value="Eugenia"/>	<input type="text" value="Hematologist"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="208-344-4476"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="2083813172"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="sandmeyn@slrmrc.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.idahoblood.org"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Indiana Hemophilia and Thrombosis Center**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Indianapolis"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="46260"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="8326 Naab Rd."/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mrs.	<input type="text" value="Maahs"/>	<input type="text" value="Jennifer"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Dr.	<input type="text" value="Shapiro"/>	<input type="text" value="Amy"/>	<input type="text" value="Medical Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Zielinski"/>	<input type="text" value="Nancy"/>	<input type="text" value="Administrative Staff"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="317-871-0000207"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="317-871-0010"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="nzielinski@ihtc.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.ihtc.org"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**James Graham Brown Cancer Center**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Louisville"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="40202"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="University of Louisville"/>				
Address2	<input type="text" value="Hemophilia Treatment Center"/>				
Address3	<input type="text" value="529 South Jackson Street"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Golladay"/>	<input type="text" value="Katie"/>	<input type="text" value="Care Coordinator"/>
Mrs.	<input type="text" value="Ashby"/>	<input type="text" value="Patricia"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="502-562-2902"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="502-333-6906"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="Patricia.ashby@louisville.edu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Johns Hopkins All Children's Hospital - St. Petersburg**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	United States	City	St. Petersburg
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	33701
Region	<input type="text"/>		
Address1	601 Fifth Street South, Suite 302		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	Mills	Katie	
Ms.	Cardenas	Mary Ann	RN, Nurse Coordinator
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	727-767-4931
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	727-767-4379
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	mcarden4@jhmi.edu
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Johns Hopkins All Children's Hospital - Tampa**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Tampa"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="33612"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="12220 Bruce B Downs Blvd"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Sra.	<input type="text" value="Arvelo"/>	<input type="text" value="Lourdes"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Ayala"/>	<input type="text" value="Irmel"/>	<input type="text" value="Director"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="813-631-5001"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="813-631-5098"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="iayala1@jhmi.edu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Kansas City Regional Hemophilia Center**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Kansas City"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="64108"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="The Children's Mercy Hospital"/>		
Address2	<input type="text" value="2401 Gillham Road"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mrs.	<input type="text" value="Foote"/>	<input type="text" value="Katie"/>	<input type="text" value="Social Worker"/>
Dr.	<input type="text" value="Carpenter"/>	<input type="text" value="Shannon"/>	<input type="text"/>
Ms.	<input type="text" value="Wolf"/>	<input type="text" value="Norma"/>	<input type="text" value="Program Manager"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="816-802-1231"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="816-404-4000Adults"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="816-346-1336"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="njwolf@cmh.edu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.childrens-mercy.org/"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Lehigh Valley Hospital

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Bethlehem"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="18017"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Hemophilia Treatment Center"/>		
Address2	<input type="text" value="2545 Schoenersville Rd, 3rd Fl"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Barron II"/>	<input type="text" value="Lloyd"/>	<input type="text" value="Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Hams"/>	<input type="text" value="Arnette"/>	<input type="text" value="RN"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="484-884-2080"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="610-402-8999 Peds"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="484-884-2088"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="arnette.hams@lvh.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Long Island Jewish Medical Center

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	United States	City	New Hyde Park
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	11040-1402
Region	<input type="text"/>		
Address1	Hemophilia Treatment Center		
Address2	Oncology Institute, Room 358		
Address3	27005 76th Ave		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	Gormly	Laura	LCSW-R, ACSW, DCSW, Social Worker
Ms.	Pece	Christine	Nurse Coordinator
Ms.	Bosch	Peggy	RN
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	718-470-7380
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	718-347-8903
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="lipton@lij.edu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.nslj.com/body.cfm?id=4380&amp;plinkID=6"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Louisiana Center for Bleeding and Clotting Disorders

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="New Orleans"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="70112-2632"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="1430 Tulane Ave"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Nadau duTreil"/>	<input type="text" value="Frances"/>	<input type="text" value="Social Worker"/>
Ms.	<input type="text" value="Wulff"/>	<input type="text" value="Karen"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Dr.	<input type="text" value="Leissinger"/>	<input type="text" value="Cindy"/>	<input type="text" value="Director"/>
Mrs.	<input type="text" value="Belteau"/>	<input type="text" value="Jennifer"/>	<input type="text" value="Administrator"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="504-780-4339"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="504-988-3508"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="kwulff@tulane.edu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Mary M. Gooley Hemophilia Center

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	United States	City	Rochester
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	14621-3043
Region	<input type="text"/>		
Address1	1415 Portland Avenue		
Address2	Suite 500		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Kouides	Peter	Medical and Research Director
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	585-922-5700
phone2:	585-922-4490
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4:	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	585-922-5775
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	eric.iglewski@rochesterregional.org
WebSiteAddress:	www.hemocenter.org

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Mayo Comprehensive Hemophilia Center**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Rochester"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="55905"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="200 First Street SW"/>				
Address2	<input type="text" value="Mayo 10-55E"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Warad"/>	<input type="text" value="Deepti"/>	<input type="text" value="Pediatric Director"/>
Dr.	<input type="text" value="Pruthi"/>	<input type="text" value="Rajiv"/>	<input type="text" value="Medical Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Eckerman"/>	<input type="text" value="Amy"/>	<input type="text" value="RN Care Coordinator"/>
Ms.	<input type="text" value="Inman"/>	<input type="text" value="Dawn"/>	<input type="text" value="RN Care Coordinator"/>
Ms.	<input type="text" value="Otto"/>	<input type="text" value="Melinda"/>	<input type="text"/>
Ms.	<input type="text" value="Rusk"/>	<input type="text" value="Dawn"/>	<input type="text" value="RN Care Coordinator"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="1-800-344-7726"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="507-538-6803"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="eckerman.amy@mayo.edu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Medical College of Georgia**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Augusta"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="30912-3125"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Dept of Adult Hematology/Oncology"/>		
Address2	<input type="text" value="1120 15th Street"/>		
Address3	<input type="text" value="BAA-5407"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Hall"/>	<input type="text" value="Marva"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
Dr.	<input type="text" value="Natarajan"/>	<input type="text" value="Kavita"/>	<input type="text" value="Director"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Medical College of Georgia - Pediatric Hemophilia Program**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Augusta"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="30912"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Dept. of Pediatric Hematology/Oncology"/>				
Address2	<input type="text" value="1446 Harper Street BG-2013"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Crenshaw"/>	<input type="text" value="Valerie"/>	<input type="text" value="Nurse"/>
Dr.	<input type="text" value="Ameri"/>	<input type="text" value="Afshin"/>	<input type="text" value="Director"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="706-721-3626"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="706-721-2643"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="vcrensa@mcg.edu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**MeritCare Hospital DBA Roger Maris Cancer Center**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Fargo"/>
StreetAd	<input type="text"/>		PostalCode <input type="text" value="58122"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Hemophilia &amp; Thrombosis Treatment Center"/>		
Address2	<input type="text" value="820 Fourth Street North"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Kobrinsky"/>	<input type="text" value="Nathan"/>	<input type="text" value="Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Kirkeby"/>	<input type="text" value="Kathy"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="701-234-7544"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="701-234-7577"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="nathan.kobrinsky@meritcare.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.meritcare.com"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Michigan State University

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="East Lansing"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="48823"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Comprehensive Center for Bleeding Disorders"/>				
Address2	<input type="text" value="2900 Hannah Blvd."/>				
Address3	<input type="text" value="Room 202"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Carlson"/>	<input type="text" value="Laura"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Dr.	<input type="text" value="Scott-Emuakpor"/>	<input type="text" value="Ajovi"/>	<input type="text"/>
Prof.	<input type="text" value="Kulkarni"/>	<input type="text" value="Roshni"/>	<input type="text" value="Director, Pediatrics"/>
Dr.	<input type="text" value="Penner"/>	<input type="text" value="John"/>	<input type="text" value="Director, Adults"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="517-353-9385"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="517-355-8312"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="Roshni.Kulkarni@hc.msu.edu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.cbcd.chm.msu.edu"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Mount Sinai School of Medicine**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="New York"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Regional Comprehensive Hemophilia Treatment Center"/>		
Address2	<input type="text" value="19 East 98th Street, Suite 9D"/>		
Address3	<input type="text" value="Box 1078"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Miller"/>	<input type="text" value="Susan"/>	<input type="text" value="Program Administrator"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="212-241-8782"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="212-722-6079"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="susan.miller@mountsinai.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.mountsinai.org/"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Nemours Children's Clinic

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	United States	City	Jacksonville
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	32207		
Region	<input type="text"/>				
Address1	Division of Pediatric Hematology/Oncology				
Address2	807 Children's Way				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	Picciano	Cristin	Social Worker
Ms.	Zippel	Missy	RN, Coordinator
Dr.	Gauger	Cynthia Anne	Director
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	904-697-3789
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	904-697-3790
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	mzippel@nemours.org
WebSiteAddress:	<input type="text"/>







# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Newark Beth Israel Medical Center

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	United States	City	Newark
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	07112		
Region	<input type="text"/>				
Address1	Comprehensive Hemophilia Treatment Center				
Address2	201 Lyons Ave at Osborne Terrace				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Cohen	Alice J.	Director
Ms.	Kandl	Phyllis	Program Manager
Ms.	White	Ellen	Nurse
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	973-926-6511
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	973-926-7161Peds.
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	973-391-0048
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	pkandl@sbhcs.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**North Texas Comprehensive Hemophilia Center**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Dallas"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="75235-7701"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Children's Medical Center"/>				
Address2	<input type="text" value="Hematology/Oncology Clinic"/>				
Address3	<input type="text" value="1935 Medical District Dr"/>				
address4:	<input type="text"/>				

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="214-456-2379"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="214-456-5097"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="jbjones@childrens.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.childrens.com/ccbd/"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Buchanan"/>	<input type="text" value="George"/>	<input type="text" value="Pediatric Hematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Journeycake"/>	<input type="text" value="Janna"/>	<input type="text" value="Director"/>
Dr.	<input type="text" value="Crary"/>	<input type="text" value="Shelley"/>	<input type="text" value="Pediatric Hematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Neunert"/>	<input type="text" value="Cindy"/>	<input type="text" value="Pediatric Hematology"/>
Ms.	<input type="text" value="Davis"/>	<input type="text" value="Jennifer"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
	<input type="text" value="Jones"/>	<input type="text" value="Jennie"/>	<input type="text" value="RN, CPNP"/>
Dr.	<input type="text" value="Anderson"/>	<input type="text" value="Alice"/>	<input type="text" value="Physical Therapist"/>
Ms.	<input type="text" value="Spencer"/>	<input type="text" value="Kim"/>	<input type="text" value="Pediatric Nurse Practitioner"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>





**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Northwestern University**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Chicago"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="60611"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Northwestern Center for Bleeding Disorders"/>		
Address2	<input type="text" value="645 N. Michigan Ave."/>		
Address3	<input type="text" value="#1020"/>		
address4:	<input type="text"/>		

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="312-695-0990"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="312-695-7814"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Kalhagen"/>	<input type="text" value="Lindsey"/>	<input type="text" value="PA (clotting)"/>
Ms.	<input type="text" value="Boska"/>	<input type="text" value="Iwona"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator (Clotting)"/>
Dr.	<input type="text" value="Zakarija"/>	<input type="text" value="Anaadriana"/>	<input type="text" value="Director"/>
Dr.	<input type="text" value="Martin"/>	<input type="text" value="Karlyn"/>	<input type="text"/>
Ms.	<input type="text" value="Harris"/>	<input type="text" value="Sandy"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator (Bleeding)"/>
Dr.	<input type="text" value="Stein"/>	<input type="text" value="Brady"/>	<input type="text"/>
Dr.	<input type="text" value="Green"/>	<input type="text" value="David"/>	<input type="text" value="Research"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>











# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Phoenix Children's Hospital

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Phoenix"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="85016"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Hemophilia Center"/>				
Address2	<input type="text" value="1919 East Thomas Road"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Smith"/>	<input type="text" value="Patricia"/>	<input type="text" value="MN, Adult Nurse Coordinator"/>
Dr.	<input type="text" value="Shah"/>	<input type="text" value="Sanjay"/>	<input type="text" value="MD"/>
Dr.	<input type="text" value="Knoll"/>	<input type="text" value="Christine"/>	<input type="text" value="MD, HTC Medical Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Wagner"/>	<input type="text" value="Lori"/>	<input type="text" value="Clinical Program Coordinator"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="602-546-0920"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="602-546-0276"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="lwagner@phoenixchildrens.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.phoenixchildrens.com"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Rady Children's Hospital, San Diego**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="San Diego"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="92123"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Hemophilia Program"/>				
Address2	<input type="text" value="3020 Children's Way"/>				
Address3	<input type="text" value="MC. 5081"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Farrow"/>	<input type="text" value="Katherine"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Ms.	<input type="text" value="Keese"/>	<input type="text" value="Kate"/>	<input type="text" value="Nurse Practitioner"/>
Dr.	<input type="text" value="Lovejoy"/>	<input type="text" value="Amy"/>	<input type="text" value="HTC Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Lee"/>	<input type="text" value="Candace"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Ms.	<input type="text" value="Ehrlich"/>	<input type="text" value="Lee"/>	<input type="text" value="Physical Therapist"/>
Ms.	<input type="text" value="Palacios"/>	<input type="text" value="Diane"/>	<input type="text" value="Social Worker"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="858-966-7918"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="858-966-8963"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="kfarrow@rchsd.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Rainbow Babies and Children's Hospital

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Cleveland"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="44106"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="University Hospitals Health System"/>		
Address2	<input type="text" value="Pediatric Hematology"/>		
Address3	<input type="text" value="Mail Stop 6054"/>		
address4:	<input type="text" value="11100 Euclid Avenue"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text" value="Mr."/>	<input type="text" value="Hopewell"/>	<input type="text" value="Steve"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="216-844-4888"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="216-844-1512, Adults"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="216-844-5431"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="steve.hopewell@uhhs.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Rush Children's Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Chicago"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="60612-3833"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Section of Pediatric Hematology/Oncology"/>				
Address2	<input type="text" value="Suite 718 PBI"/>				
Address3	<input type="text" value="1725 West Harrison Street"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Valentino"/>	<input type="text" value="Leonard"/>	<input type="text" value="Director"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="312-563-2554"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="312-563-2317"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="ataylor@rush.edu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.rush.edu/why_blood_clots@rush.edu"/>



**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**South Dakota Center for Blood Disorders**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Sioux Falls"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="57117-5039"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Sanford Children's Specialty Clinic"/>		
Address2	<input type="text" value="1600 W. 22nd St."/>		
Address3	<input type="text" value="P.O. Box 5039"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Tobin"/>	<input type="text" value="Erin"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Dr.	<input type="text" value="Sprehe"/>	<input type="text" value="Michael"/>	<input type="text" value="Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Wagner"/>	<input type="text" value="KayeLyn"/>	<input type="text" value="MD"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="605-333-1585"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="605-333-1944"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="WAGNERKA@sanfordhealth.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**South Texas Comprehensive Hemophilia Center**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="San Antonio"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="78207"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Christus Santa Rosa Children's Hospital"/>		
Address2	<input type="text" value="333 North Santa Rosa Street"/>		
Address3	<input type="text" value="8th Floor"/>		
address4:	<input type="text" value="Room B8208"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
	<input type="text" value="Amerson"/>	<input type="text" value="Patricia"/>	<input type="text" value="MSN, RN, PNP"/>
Mr.	<input type="text" value="Moczygemba"/>	<input type="text" value="Daryl"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Ms.	<input type="text" value="Denver"/>	<input type="text" value="Stacy"/>	<input type="text" value="Nurse Practitioner"/>
Ms.	<input type="text" value="Ocampo"/>	<input type="text" value="Rosario"/>	<input type="text" value="Administrative Assistant"/>
Ms.	<input type="text" value="Cobb"/>	<input type="text" value="Kathleen"/>	<input type="text" value="Research Nurse"/>
Ms.	<input type="text" value="Groves"/>	<input type="text" value="Debra"/>	<input type="text" value="Physiotherapist"/>
Dr.	<input type="text" value="Britton"/>	<input type="text" value="Howard"/>	<input type="text" value="Medical Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Carpenter"/>	<input type="text" value="Shannon"/>	<input type="text" value="Assistant Medical Director"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="210-704-2862"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="210-704-2418"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="amerson@uthscsa.edu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.hemophiliaregion6.org"/>











**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Stroger Hospital of Cook County**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Chicago"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="1900 W Polk St"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Matthew"/>	<input type="text" value="Lilly"/>	<input type="text" value="Pediatrics Director"/>
Dr.	<input type="text" value="Telfer"/>	<input type="text" value="Margaret"/>	<input type="text" value="Director"/>
Mr.	<input type="text" value="Johnson"/>	<input type="text" value="Robert E."/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="312-864-4167"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="312-864-9002"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="rjohnson2@ccbhs.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

SUNY Upstate Medical University - Pediatric Program

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Syracuse"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="13210"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="c/o Center for Children with Cancer and Blood Disorders"/>				
Address2	<input type="text" value="750 East Adams Street"/>				
Address3	<input type="text" value="Room 5400"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Williams"/>	<input type="text" value="Amy"/>	<input type="text" value="Social Worker"/>
Ms.	<input type="text" value="Groth"/>	<input type="text" value="Diane"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Dr.	<input type="text" value="Coyle"/>	<input type="text" value="Thomas"/>	<input type="text" value="Director"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="315-464-5294"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="315-464-7238"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="grothd@upsate.edu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Ted R. Montoya Hemophilia Center**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	United States	City	Albuquerque
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	87131-5311
Region	<input type="text"/>		
Address1	Pediatrics		
Address2	MSC 10 5590		
Address3	1 University of New Mexico		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Mrs.	Jones	Jane Ellen	Nurse Coordinator
Mrs.	Montoya	Rose	

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	505-272-6420
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	1-800-866-7257
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	505-272-8699
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	rmontoya@salud.unm.edu
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**The Bleeding and Clotting Disorders Institute**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Peoria"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="61614"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="427 W Northmoor Rd"/>				
Address2	<input type="text"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Stephens"/>	<input type="text" value="Dana"/>	<input type="text" value="Nurse Practitioner"/>
Dr.	<input type="text" value="Roberts"/>	<input type="text" value="Jonathan"/>	<input type="text" value="Associate Medical Director and Resea"/>
Dr.	<input type="text" value="Madden"/>	<input type="text" value="Renee"/>	<input type="text" value="Assistant Medical Director"/>
Dr.	<input type="text" value="Tarantino"/>	<input type="text" value="Michael"/>	<input type="text" value="MD, Medical Director"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="309-692-5337"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text" value="309-693-3913"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="info@ilbcdi.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="www.ilbcdi.org"/>











# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**UMDNJ-Robert Wood Johnson University Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="New Brunswick"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="08903-0019"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="New Jersey Regional Hemophilia Program"/>				
Address2	<input type="text" value="Division of Hematology, Room #378C, CN-19"/>				
Address3	<input type="text" value="One Robert Wood Johnson Place"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Philipp"/>	<input type="text" value="Claire"/>	<input type="text"/>
Ms.	<input type="text" value="Cohen"/>	<input type="text" value="Lisa"/>	<input type="text" value="Social Worker"/>
Ms.	<input type="text" value="Schwartz"/>	<input type="text" value="Robin"/>	<input type="text" value="Procedures Analyst"/>
Dr.	<input type="text" value="Saidi"/>	<input type="text" value="Parvin"/>	<input type="text" value="Director"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="732-235-7678"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="732-235-7115"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="robschwa@umdnj.edu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>















**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**University of Iowa Hospital and Clinics**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Iowa City"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="52242"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Iowa Regional Hemophilia Center"/>		
Address2	<input type="text" value="200 Hawkins Drive"/>		
Address3	<input type="text" value="2507 JCP"/>		
address4:	<input type="text"/>		

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="319-356-1988"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="319-356-4261"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="michael-lammer@uiowa.edu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.uihealthcare.com/depts/hemophilia/ind"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Rahdi"/>	<input type="text" value="Mohamed"/>	<input type="text" value="Director"/>
Mr.	<input type="text" value="Ambler"/>	<input type="text" value="Tim"/>	<input type="text" value="Administrative Assistant"/>
Mr.	<input type="text" value="Lentz"/>	<input type="text" value="Stephen"/>	<input type="text" value="Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Bullock"/>	<input type="text" value="Tami"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Ms.	<input type="text" value="Watkinson"/>	<input type="text" value="Karla"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
Mr.	<input type="text" value="Lammer"/>	<input type="text" value="Mike"/>	<input type="text" value="Primary Contact"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**University of Kentucky Hemophilia Treatment Center**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Lexington"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="UK-HTC: J-457 Kentucky Clinic"/>		
Address2	<input type="text" value="740 South Limestone Street"/>		
Address3	<input type="text" value="Kentucky Clinic Room J-457"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text" value="Ms."/>	<input type="text" value="Peterson"/>	<input type="text" value="Susan"/>	<input type="text" value="Primary Contact"/>
<input type="text" value="Dr."/>	<input type="text" value="Radulescu"/>	<input type="text" value="Vlad"/>	<input type="text" value="Director"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="859-257-6033"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="859-257-9822"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="susan.peterson@uky.edu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text" value="http://www.uky.edu/"/>





















**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**University of Virginia Medical Center**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	United States	City	Charlottesville
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	22908
Region	<input type="text"/>		
Address1	Box 800386, Pediatric Hematology		
Address2	Jefferson Park Avenue		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	Sennett	Margy	Nurse Coordinator
Dr.	Waldron	Peter	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	434-924-8499
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	434-924-0211Peds
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	804-924-5452
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	MMS9D@hscmail.mcc.virginia.edu
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**UWHC Comprehensive Program for Bleeding Disorders**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Madison"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="53792-9749"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="University of Wisconsin Hospital &amp; Clinics"/>				
Address2	<input type="text" value="600 Highland Avenue"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Diamond"/>	<input type="text" value="Carol"/>	<input type="text" value="Director, Pediatric hematologist"/>
Dr.	<input type="text" value="Williams"/>	<input type="text" value="Eliot"/>	<input type="text" value="Director, Adult Hematologist"/>
Mrs.	<input type="text" value="Pindilli"/>	<input type="text" value="Jessie"/>	<input type="text" value="Nurse Coordinator"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="608-890-9493"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="608-890-9491"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="jpindilli@uwhealth.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Vermont Regional Hemophilia Center

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Burlington"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="05401"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="FAHC, ACC Building"/>		
Address2	<input type="text" value="MS-353EP2"/>		
Address3	<input type="text" value="111 Colchester Avenue"/>		
address4:	<input type="text"/>		

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="802-847-2850"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Homans"/>	<input type="text" value="Alan"/>	<input type="text" value="Director"/>
Ms.	<input type="text" value="Granat"/>	<input type="text" value="Miriam"/>	<input type="text" value="Hemophilia Nurse Coordinator"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="802-847-5172"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="miriam.granat@vtmednet.org"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Wake Forest University School of Medicine

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="Winston-Salem"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="27157-1081"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Comprehensive Hemophilia and Thrombosis Diagnostic and Treatment Center"/>				
Address2	<input type="text" value="Wake Forest University School of Medicine"/>				
Address3	<input type="text" value="Department of Pediatric Hematology"/>				
address4:	<input type="text"/>				

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="336-716-4324"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text" value="336-713-5440 (Adults)"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="336-716-3010"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="ansmith@wakehealth.edu.edu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

----	Last Name:	First Name:	Title:
Ms.	<input type="text" value="Smith"/>	<input type="text" value="Anita"/>	<input type="text" value="Program Coordinator"/>
Ms.	<input type="text" value="Rodgers"/>	<input type="text" value="Melanie"/>	<input type="text" value="Clinic Nurse"/>
Ms.	<input type="text" value="Melton"/>	<input type="text" value="Carol"/>	<input type="text" value="Social Worker"/>
Ms.	<input type="text" value="Glover"/>	<input type="text" value="Keya"/>	<input type="text" value="Social Worker"/>
Dr.	<input type="text" value="Dixon"/>	<input type="text" value="Natalia"/>	<input type="text" value="Pediatrics"/>
Dr.	<input type="text" value="Knovich"/>	<input type="text" value="Mary Ann"/>	<input type="text" value="Program Director (Adults)"/>
Ms.	<input type="text" value="Caruso"/>	<input type="text" value="Jayne"/>	<input type="text" value="RPT"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Yale University School of Medicine**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>			
Country	<input type="text" value="United States"/>	City	<input type="text" value="New Haven"/>	
StreetAd	<input type="text"/>		PostalCode	<input type="text" value="06520-8064"/>
Region	<input type="text"/>			
Address1	<input type="text" value="Yale-New Haven Hemophilia Center"/>			
Address2	<input type="text" value="Department of Pediatrics,"/>			
Address3	<input type="text" value="333 Cedar Street, 2073 LMP"/>			
address4:	<input type="text"/>			

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Kupfer"/>	<input type="text" value="Gary"/>	<input type="text" value="Director"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="203-785-4011"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="203-785-5315"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="susan.marino@yale.edu"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hospital Pereira Rossell para Niños**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Uruguay	City	Montevideo
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	C.P. 11200
Region	<input type="text"/>		
Address1	Haemotherapy & Pediatric Departments		
Address2	Transfusion Medicine Service		
Address3	Bulevar Artigas 1550		
address4:	Planta Baja		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Rodriguez	Ismael	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	598-2-708-5703
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	00598-027092588
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Anexo Pediátrico DEL Hopital Rafael Tobias Guevara

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	Venezuela	City	Barcelona
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	6001		
Region	<input type="text"/>				
Address1	Banco de Sangre, Servicio de Hematología				
Address2	vía alterna				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dra.	Lugo	Ines	Medico Hematologo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	58-414-307-9969
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	luginesven@yahoo.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Banco de Sangre Hospital**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Venezuela"/>	City	<input type="text" value="Coro"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text"/>		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="58-414-683-4282"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="yackycalatc64@hotmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Banco Metropolitano de Sangre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	<input type="text" value="Venezuela"/>	City	<input type="text" value="Caracas"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="1010"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Banco Metropolitano de Sangre"/>		
Address2	<input type="text" value="Esquina de Pirineos, San Jose del Avila"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	<input type="text" value="Gómez"/>	<input type="text" value="Toribio"/>	<input type="text" value="Traumatólogo"/>
Ms.	<input type="text" value="Fernandez"/>	<input type="text" value="Naiari Teresa"/>	<input type="text" value="FIOTERAPEUTA"/>
Dr.	<input type="text" value="Cedeño"/>	<input type="text" value="Manuel"/>	<input type="text" value="Traumatologo"/>
Dr.	<input type="text" value="Matilde Rosas"/>	<input type="text" value="María"/>	<input type="text" value="Fisiatra"/>
Ms.	<input type="text" value="Maita"/>	<input type="text" value="Griselda"/>	<input type="text" value="Enfermera"/>
Dr.	<input type="text" value="Mujica"/>	<input type="text" value="Valentina"/>	<input type="text" value="ODONTOLOGO"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="58-212-562-2325"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="58-212-562-2325"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="arletteruizsaez@gmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital Central de Maracay

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	Venezuela	City	Maracay Edo.
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	2104
Region	<input type="text"/>		
Address1	Banco de sangre del Hospital Central de Maracay		
Address2	final Av. Vargas con Av. Sucre		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dr.	Herrera	Alix	Médico Hematologo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	58-414-516-3665
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	pperezdiaz@cantv.net
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital Central Patrocinio Piñuela Ruiz IVSS**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Venezuela	City	San Cristóbal
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	5001
Region	<input type="text"/>		
Address1	Peñuela Ruiz		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Sr.	Casas	Hamlin	Cordinador Filial Táchira
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	005-802-763-443-844
cellular:	005-841-47114334
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	58-276-344-5014
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	juanserrano@cantv.net
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital Cesar Rodríguez Rodríguez-IVSS**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	Venezuela	City	Puerto la Cruz
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	6023
Region	<input type="text"/>		
Address1	Banco de Sangre, Servicio de Hematología		
Address2	urb. GUARAGUAO		
Address3	AV. PRINCIPAL		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Prof.	Betancourt	Obdulia	Coordinadora Filial Anzoátegui
Dra.	Silva	Carolina	Medico Hematóloga
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	58-416-781-5969
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	silvacarolina@cantv.net
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital Dr. Jesús García Cuello- IVSS Pediatrico**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Venezuela	City	Punto Fijo
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	4102
Region	<input type="text"/>		
Address1	Banco d e Sangre		
Address2	Judibana Av. Oeste Nº 14		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dra.	Calatayud	Yackeline	Medico Hematologo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	58-414-683-4282
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	yackycalat@gmail.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital Francisco Urdaneta Delgado

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	Venezuela	City	Calabozo
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	2312
Region	<input type="text"/>		
Address1	Banco de sangre		
Address2	Urbanización Centro Administrativo		
Address3	Calle Quinta Avenida		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Sra.	Delgadillo	Nelly	Coordinadora Filial Guárico
Dr.	Rodriguez	José Alí	Medico Hematologo
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	58-416-749-1924
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	josealirodriguez@hotmail.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital General El Tigre**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Venezuela	City	El Tigre
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	6050
Region	<input type="text"/>		
Address1	Banco de Sangre		
Address2	Av. Winston Churchill		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Sr.	Vargas	Jogly	Coordinador extensión Anzoáteguí
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	58-283-514-5722
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	fedelgue@yahoo.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital General Luis Razzeti**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Venezuela"/>	City	<input type="text" value="Barinas"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="5201"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Servicio de hematología y banco de sangre"/>				
Address2	<input type="text" value="Estado barinas"/>				
Address3	<input type="text" value="Calle Cedeño"/>				
address4:	<input type="text" value="Callejón San Juan"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dra.	<input type="text" value="Morán"/>	<input type="text" value="Zulay"/>	<input type="text" value="Medico Hematologo"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4:	<input type="text"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>





## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital IVSS Dr. Tulio Carnevali Salvatierra**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Venezuela"/>	City	<input type="text" value="Merida"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="5101"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="Servicio de Hematología"/>				
Address2	<input type="text" value="Av. Las Américas"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dra.	<input type="text" value="Rojas"/>	<input type="text" value="Irisluz"/>	<input type="text" value="Medico Hematologa"/>
Sra.	<input type="text" value="Pico"/>	<input type="text" value="Josefina"/>	<input type="text" value="Coordinadora Filial Mérida"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="58-416-577-1820"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="irislu Rojas@hotmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Hospital IVSS Dr.Hector Novel Joubert

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>
Country	Venezuela	PostalCode	8001
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	Banco d e Sangre		
Address2	Paseo Meneses		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Sr.	Medina	Luis	Coordinador Filial Guayana
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	58-416-708-6881
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	anabastardo2005@gmail.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital José G. Hernandez - IVSS**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Venezuela	City	Acarigua
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	Farmacia		
Address2	Urbanización mamananico		
Address3	diagonal casa del periodista		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	58-414-577-9668
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	xiomara_saavedra@hotmail.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital Jose Gregorio Hernandez**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Venezuela	City	Trujillo, Edo Trujillo
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	3150
Region	<input type="text"/>		
Address1	Banco Municipal de Sangre		
Address2	Av. Coro		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	58-416-672-0598
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	mariaquevedo9485@gmail.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital Manuel Nuñez Tovar**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Venezuela"/>	City	<input type="text" value="Maturin"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Banco de Sangre"/>		
Address2	<input type="text" value="Av. Bicentenario"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dra.	<input type="text" value="Hernandez"/>	<input type="text" value="Luisa"/>	<input type="text" value="Médico Hematologo"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="58-416-692-0514"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="edithiguerey@gmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital Pablo Acosta Ortiz**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Venezuela	City	San Fernando de Apure
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	7001
Region	<input type="text"/>		
Address1	Banco de Sangre		
Address2	Consulta de Hematologia		
Address3	Avenida Caracas		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Sra.	Sequeda	Yenny	Coordinadora Filial Apure
Dra.	Rojas	Irisluz	Medico Hematologa
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	58-424-319-8209
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	irislu Rojas@hotmail.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



## HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital Placido Daniel Rodriguez**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Venezuela"/>	City	<input type="text" value="San Felipe"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="3021"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Banco de Sangre, Servicio de Hematología"/>		
Address2	<input type="text" value="Av. Villarreal Final"/>		
Address3	<input type="text" value="callejón la mosca"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="58-414-561-3031"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="yraidatersek@yahoo.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Hospital Raul Leoni Otero IVSS**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Venezuela	City	San Felix
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	8051
Region	<input type="text"/>		
Address1	Banco d e Sangre		
Address2	Guiparo		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	58-414-876-1554
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	durantcismadriz@hotmail.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hospital Santo Anibal Dominici**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Venezuela	City	Curapano
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	6150
Region	<input type="text"/>		
Address1	Banco de Sangre "Cruz Quijada Gamboa"		
Address2	Planta Baja		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	58-414-780-0888
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	58-294-331-1489
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	mrojascarvillo@gmail.com
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcala (SAHUAPA)**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	Venezuela	City	Cumana
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	Calle Bolivar		
Address2	<input type="text"/>		
Address3	<input type="text"/>		
address4:	<input type="text"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	58-414-795-3040
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	58-293-431-5192
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="figher@cantv.net"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>



**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Hospital Universitario Dr. Angel Larralde**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Venezuela"/>	City	<input type="text" value="Valencia"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text" value="2001"/>
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Servicio de Hematología y Banco De Sangre"/>		
Address2	<input type="text" value="Naguanagua"/>		
Address3	<input type="text" value="Ur. Bárbula"/>		
address4:	<input type="text" value="Av. Altos de la Colonia"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
Dra.	<input type="text" value="Romero"/>	<input type="text" value="Margorie"/>	<input type="text" value="Medico Hematologo"/>
Sra.	<input type="text" value="García"/>	<input type="text" value="Mirian"/>	<input type="text" value="Corrdinadora Filial Carabobo"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="58-414-340-3717"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="margorieromero@gmail.com"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>

**HTC list: Hit (CTRL-F) to search**



Center Name

**Blood Transfusion and Hematology Centre**

Hemophilia Treatment Centre

Province

Country  City

StreetAd  PostalCode

Region

Address1

Address2

Address3

address4:

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:

phone2:

phone3:

phone\_work4

cellular:

phone\_emergency:

Fax:

fax work:

fax work2:

fax work3:

email work:

email work2:

Email:

WebSiteAddress:

# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

**Blood Transfusion Hematology Center**

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>	Country	<input type="text" value="Vietnam"/>	City	<input type="text" value="Ho Chi Minh City"/>
StreetAd	<input type="text"/>	PostalCode	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>				
Address1	<input type="text" value="201 Pham Viet Chanh"/>				
Address2	<input type="text" value="Nguyen Cu Trinh Ward, District 1"/>				
Address3	<input type="text"/>				
address4:	<input type="text"/>				

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="84-8-3-839-7535"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="84-8-3-925-6826"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="hemato@vnn.vn"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>







# HTC list: Hit (CTRL-F) to search



Center Name

Parirenyatwa Hospital

Hemophilia Treatment Centre

Province	<input type="text"/>		
Country	<input type="text" value="Zimbabwe"/>	City	<input type="text" value="Harare"/>
StreetAd	<input type="text"/>		
Region	<input type="text"/>		
Address1	<input type="text" value="Department of Haematology"/>		
Address2	<input type="text" value="University of Zimbabwe - College of Health Sciences"/>		
Address3	<input type="text" value="Mazowe Road"/>		
address4:	<input type="text" value="P.O. Box A178, Avondale"/>		

----	Last Name:	First Name:	Title:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

phone 1:	<input type="text"/>
phone2:	<input type="text"/>
phone3:	<input type="text"/>
phone_work4	<input type="text" value="263-4-336-666"/>
cellular:	<input type="text"/>
phone_emergency:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
fax work:	<input type="text" value="263-4-303-345"/>
fax work2:	<input type="text"/>
fax work3:	<input type="text"/>
email work:	<input type="text"/>
email work2:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text" value="Zcakana@infodata.co.zq"/>
WebSiteAddress:	<input type="text"/>