

# فرم زیر را پر کنید



## فرم ثبت نام کارت پیوند اهداء عضو

دوست گرامی لطفا بعد از تکمیل فرم ثبت نام بصورت خوانا را به اداره تعالی امور بیمارستانها (خیابان دانشسرا، جنب بیمارستان سینا، معاونت درمان) تحویل نمایید تا نسبت به صدور کارت اقدام شود.

نام: ..... نام خانوادگی: ..... نام پدر: ..... کدملی: .....  
تاریخ تولد: ..... / ..... / ..... میزان تحصیلات: ..... شغل: ..... شماره تلفن همراه: .....  
تلفن ثابت: ..... آدرس محل سکونت: .....

مایلم اعضا و یا بافت های زیر را در زمان مرگم اهداء کنم:

- همه اعضای قابل اهدا
- فقط اعضا و بافت های: قلب  ریه  کبد  کلیه ها  نسوج (دریجه قلب، قرینه، چشم و ...)

تاریخ صدور کارت: .....

امضاء و اثر انگشت