



اداره پیوند و بیماری‌های خاص
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

فرم ثبت نام "کارت اهدای عضو"

م-۱۳

واحد فراهم آوری اعضا و نسوج پیوندی

دانشگاه علوم پزشکی

بیمارستان

تاریخ عضویت:/...../.....

نام: نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه:

کد ملی: محل تولد: تاریخ تولد:/...../.....

میزان تحصیلات: زیر دیپلم دیپلم فوق دیپلم لیسانس فراتراز لیسانس

شغل: تلفن تماس ثابت: تلفن همراه:

آدرس:

کد پستی: ایمیل:@.....

مایلم اعضا و یا بافت‌های زیر را در زمان مرگم اهدا نمایم:

همه اعضای قابل اهدا ☐

فقط اعضا و بافت‌های: قلب ☐ ریه ☐ کبد ☐ کلیه‌ها ☐ نسوج (دریچه قلب، قرنیه چشم و...) ☐