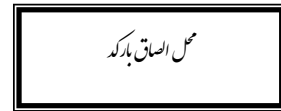


پیوست ۳. درخواست عضویت

تاریخ پذیرش :



شماره پذیرش :

مشخصات متقاضی (پدر):

نام..... نام خانوادگی.....
فرزند : متولد :/...../..... شماره شناسنامه : کد ملی :
نشانی منزل:..... نشانی محل کار:.....
تحصیلات : شغل :
شماره تلفن همراه:..... نام و شماره تلفن جهت تماس در موارد ضروری:
پست الکترونیک: کد پستی :

مشخصات مادر:

نام..... نام خانوادگی.....
First Name [] Last Name []
فرزند : متولد :/...../..... شماره شناسنامه : کد ملی :
شماره تلفن همراه :

زمان احتمالی تولد:

روز:..... ماه:..... سال:..... بیمارستان:..... به نشانی :
پزشک مسئول زایمان : شماره تلفن :

اینجانب ضمن تأیید مشخصات فوق درخواست عقد قرارداد برای انجماد و نگهداری سلول‌های بنیادی خون بندناف فرزندم (یا فرزندانم که قلو هستند) را دارم و متعهد می‌شود برای انجام این کار هماهنگی لازم با بیمارستان و پزشک مسئول زایمان را شخصاً به عمل آورم.

امضاء:

تاریخ درخواست: