



شرکت فناوری بن باخته های رویان  
(سهامی خاص)

## درخواست عضویت در بانک خون بند ناف رویان

IMS-FM-RU003

ویرایش : دو

۱ از ۱

تاریخ پذیرش :

محل امضاء

شماره پذیرش :

### مشخصات متقاضی (پدر):

نام..... نام خانوادگی.....  
 فرزند : متولد : ...../...../..... شماره شناسنامه : ..... کد ملی : .....  
 نشانی منزل:.....  
 تحصیلات : ..... شغل : .....  
 نشانی محل کار:.....  
 شماره تلفن همراه:..... نام و شماره تلفن جهت تماس در موارد ضروری:.....  
 پست الکترونیک:..... کد پستی : .....  
 \* با توجه به اینکه احتمال فسخ قرارداد بدلیلی که در فصل ششم قرارداد ذکر شده است وجود دارد لطفا شماره حساب خود را جهت سهولت در عودت وجه واریزی اعلام فرمائید. ( ترجیحا حساب بانک ملت ) بانک : ..... نام صاحب حساب : .....  
 شماره کارت ATM : .....  
 شماره حساب شبا : IR .....

### 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 می شود برای انجام این کار هماهنگی لازم با بیمارستان و پزشک مسئول زایمان را شخصاً به عمل آورم.

امضاء:

تاریخ درخواست: