

فرم درخواست عضویت در بانک خون بندگان رویان

RSCT-RU-SOP-001/FM-003



صفحه: ۱ از ۱

تاریخ اعتبار: ۱۴۰۵/۰۴/۳۱

تاریخ نگارش: ۱۴۰۳/۰۴/۳۱

شماره ویرایش: ۵

تاریخ پذیرش:

عمل امنیاد

شماره پذیرش:

مشخصات متقاضی (پدر):

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

IR

شماره حساب شب:

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 بندگان 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: