

ویرایش: پنجم	درخواست عضویت در بانک خون بند ناف رویان IMS-FM-RU003	 شرکت فناوری بن پخته های رویان (سهامی خاص)
۱ از ۱		

تاریخ پذیرش:

محل الصاق بارکد

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 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 حساب:

شماره حساب شبا: IR

مشخصات مادر:

نام: نام خانوادگی:

First Name Last Name

فرزند: متولد:/...../..... شماره شناسنامه: کد ملی:

شماره تلفن همراه: تحصیلات: شغل:

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

امضاء:

تاریخ درخواست: