



Ref NO. _____

كود الاستمارة: _____

وزارة الصحة الفلسطينية
الوحدة الطبية المركزية لنقل وزراعة الأعضاء

استمارة إقرار توصية بالتبرع بالأعضاء بعد الوفاة

الاسم: _____	الجنس: ذكر أنثى
الجنسية: _____	تاريخ الميلاد: _____
العمر: _____	رقم الهوية: _____
العنوان: _____	رقم بطاقة التبرع: _____
رقم الجوال / الهاتف: _____	

وصية التبرع بالأعضاء

أقر أنا الموق أدناه: _____
والمتمتع بكامل قواي العقلية والأهلية القانونية والشرعية الكاملة ، أوصي بأنه في حال حضور وفاتي فإنني أوافق على أن تقوم الجهات المختصة بوزارة الصحة الفلسطينية بالاستفادة من أي عضو من أعضائي القابلة للزراعة ونقلها إلى أي إنسان حي يحتاج إليها.
وبموجب هذا أفوض المختصين بالوزارة في استئصال أي عضو أو أنسجة من جسمي يمكن الاستفادة منها ونقلها للشخص المحتاج الذي تتوافق معه وفقاً للفحوصات الطبية.
كما أقر بعلمي بأنه يحق لي الرجوع في هذا التبرع في أي وقت دون قيد أو شرط.

التوقيع: _____	التاريخ: _____
----------------	----------------

شاهد أول: _____	شاهد ثاني: _____
الاسم: _____	الاسم: _____
رقم الهوية: _____	رقم الهوية: _____
التوقيع: _____	التوقيع: _____

ملاحظة: (الشهود) مع إرفاق صورة عن الهوية