

חתימה על כרטיס תורם:

משרד הבריאות, המרכז הלאומי להשתלות

רח' נח מוזס 15, תל אביב 67442

טל: 03-6957344-1-800-609-610 פקס: 03-6957344

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת.ז.: _____ / _____

כתובת: _____ עיר: _____ מיקוד: _____

ש. לידה: _____ טל: _____ טל נוסף: _____

בתקווה, כי אוכל לעזור לזולת, אני מצווה בזה ותורם לאחר מותי

כל איבר מגופי שהזולת יכול להיעזר בו להצלת חייו.

או: כליה כבד קרנית לב עור ריאות עצמות לבלב

בתנאי שאיש דת לפי בחירת המשפחה יאשר את התרומה לאחר מותי.

*תרומתי היא לצורך השתלה בלבד.

*הצטרפות מעל גיל 18 בלבד.

_____ חתימה

_____ תאריך