المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
المركز السعودي لزراعة الأعضاء



المركز السعودي لزراعة الاعضاء
Saudi Center for Organ Transplantation

الرقم: ----------
التاريخ: ----------
المشفوعات: ----------

إقـــرار بالتبـــرع بعضو أو جزء منه أثناء الحياة

أقر أنا (الأسم) : ---------- وأحمل الهوية (أحوال مدنية / إقامة)
رقم : ---------- صادرة من ---------- (مرفق صورة عنه) والموقع أدناه ، والمتمتع بكامل قواي العقلية أنني أرغب في التبرع بـ:

☐ إحدى كليتّي ☐ جزء من كبدي

و ذلك دون ضغوط أو إجبار و أنه يحق لي التراجع عن التبرع في أي وقت قبل عملية نقل العضو و لا يحق لي المطالبة بإعادة العضو الذي تبرعت به بعد إتمام عملية التبرع، ولا يحق لي المطالبة بأية تعويضات مادية أومعنوية مقابل التبرع من المريض المتبرع له أو المستشفى الزارع في أي وقت من الأوقات، مع علمي بالملاحقة القانونية في حال حدوث ذلك. كما أتفهم ضرورة الإلتزام بالمتابعة الدورية لحالتي الصحية بعد عملية التبرع.

التوقيع: ----------

الشهـــــود:

الاسم: ---------- رقم الهوية: ---------- التوقيع: ----------

الاسم: ---------- رقم الهوية: ---------- التوقيع: ----------

مرفق صور هوية الشهود.

ترسل صورة من الإقرار إلى المركز السعودي لزراعة الأعضاء.