

تاریخ :
شماره:
پیوست:



اینجانب: فرزند: متولد سال: دارنده شماره شناسنامه:
محل صدور: شماره تماس (همراه و خط ثابت): کد ملی:
کارمند/بازنشسته: وضعیت تأهل:

مشخصات همسر:

نام و نام خانوادگی: فرزند: دارنده شماره شناسنامه:
صادره از: کد ملی:

مشخصات فرزندان:

نام و نام خانوادگی: تاریخ تولد: شماره شناسنامه: صادره از: کد ملی:
-۱
-۲
-۳
-۴

در کمال صحت و سلامت جسمی و روانی در جهت اعتلای دانش بشری و خدمت به عرصه علم و فرهنگ این مرز و بوم و پرورش نسلی داناتر و تواناتر پس از عمری تلاش در راستای خدمت به هم میهنان و در جهت سنت حسنه جاریه، جسم و کالبد خود را پس از مرگ که حق است به بخش کالبد شکافی و تشریح دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد اهداء می نمایم تا از جسد بنده در سالن تشریح برای امور آموزشی دانشجویان مورد استفاده قرار گیرد. از بازمانده/ بازماندگان و وارث/ وارثان خود نیز تقاضامندم در جهت دستیابی این خواسته ام کمال همکاری را با مسئولین دانشکده پزشکی بنمایند.

مسئولیت اجرای این خواسته بر عهده دانشکده پزشکی و وصی بنده می باشد که در وصیت نامه پیوست مشخص گردیده است.

مراتب فوق در حضور ریاست دانشکده آقای /خانم تکمیل و جهت ثبت و پیگیری سایر مراحل، فرم تکمیل شده در چهار نسخه تهیه گردید که دو نسخه از این وصیت نامه نزد اهداء کننده، یک نسخه از وصیت نامه در بایگانی دانشکده پزشکی و یک نسخه نیز نزد مدیریت گروه تشریح دانشکده پزشکی محفوظ است. از خداوند متعال طول عمر با عزت و سلامتی جسم و روان در دنیا و آخرت و آمرزش و غفران در آخرت برای اهداء کننده مسئلت داریم.

نام و نام خانوادگی	مدیرگروه علوم تشریح	ریاست دانشکده پزشکی	شاهد
اهداء کننده	امضاء	امضاء	امضاء
امضاء و اثر انگشت:			
تاریخ:			

نشانی: مشهد مقدس - بلوار وکیل آباد - پردیس دانشگاه - دانشکده پزشکی

پست الکترونیک: rajabzadehaa@mums.ac.ir

امضاء و اثر انگشت
تاریخ:

امضاء

امضاء

امضاء

نشانی : مشهد مقدس - بلوار وکیل آباد - پردیس دانشگاه - دانشکده پزشکی
پست الکترونیک : Rajabzadehaa@mums.ac.ir