



بسمه تعالی

انا لله وانا اليه راجعون

فرم اهداء جسد

شماره فرم:

تاریخ ارسال:

شماره ثبت در دفتر گروه:

مدیر محترم گروه علوم تشریحی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

پس از این که توفیق نصیبم شد تا با مزایا و محاسن وقف کالبد آشنا شوم، در عین صحت روحی و روانی و در کمال سلامت عقلی و با هوشیاری کامل و با توکل و تضرع و خشوع به درگاه الهی، وصیت می نمایم که کالبدم را پس از مرگ جهت آموزش دانشجویان علوم پزشکی در اختیار آن دانشکده بگذارند تا بدین وسیله آخرین اثر نیک جسم خاکی من، کمک به تربیت فرشتگان درمانگر باشد.

اطلاعات مربوط به وقف کننده:

نام وقف کننده نام پدر شغل جنسیت تابعیت
شماره شناسنامه و شماره ملی صادره از تلفن تماس
آدرس
آدرس الکترونیک

امضاء و اثر انگشت

اطلاعات مربوط به وصی:

نام وصی واقف نسبت با واقف تلفن تماس
آدرس
آدرس الکترونیک

امضاء و اثر انگشت

روش های اطلاع رسانی به دانشگاه توسط اطرافیان واقف

تلفن:

آدرس الکترونیک:

آدرس: اصفهان، خیابان هزار جریب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده پزشکی، گروه علوم تشریحی و بیولوژی ملکولی

تلفن گروه: ۳۷۹۲۹۰۲۶ (۰۳۱) فاکس ۳۷۹۲۹۱۰۵ (۰۳۱)

تلفن دانشکده: ۳۷۹۲۹۰۰۰

آقای دکتر ربیعی: ۰۹۱۳۳۱۰۲۱۶۵