



NEW YORK STATE DONATE LIFE REGISTRY

取消捐献申请表

donatelife.ny.gov | 1-866-NY DONOR

您可以通过登录 donatelife.ny.gov 在线填写 New York State Donate Life Registry 取消自己的捐献登记，或者填写、签署纸质版表格后寄送至下面的地址，申请取消捐献登记。

**代表必填项- 请键入或者使用蓝色或黑色水笔以正楷填写*

个人信息

*名字: _____ 中间名首字母缩写: _____ *姓氏: _____

后缀: _____ (Jr., Sr., II 等) *出生日期: ____/____/____ (年/月/日)

| | |
|--|--|
| *邮寄地址: | 居住地址 (与居住地址不同时需要填写): |
| 地址 1: | 地址 1: |
| 地址 2: | 地址 2: |
| 城市: 州: 邮编: | 城市: 州: 邮编: |

*电话号码: (____) _____ - _____ 电子邮箱: _____

*性别: 男 女 *身高: 英尺: _____ 英寸: _____ *眼睛颜色: _____

身份识别号码:

纽约州驾驶证号码 (9 位): _____

或

纽约州非驾驶人身份证号码 (9 位): _____

或

IDNYC 号码: _____

在下方签名，即表明本人撤回捐献器官、眼睛和/或组织的同意书并申请取消 New York State Donate Life Registry 登记。

*签名: _____ 日期: ____/____/____

填写、签署本表格并注明日期；将表格提交至 NYS Donate Life Registry 的邮箱: registry@donatelife.ny.gov, 或者邮寄至以下地址:

New York State Donate Life Registry
Donate Life New York State
185 Jordan Road
Troy, NY 12180