



Department
of Health

Donate Life
Registry

نموذج الحذف من سجل New York State Donate Life

donatelifeny.gov | 1-866-NY-DONOR

يمكنك حذف اسمك من سجل New York State Donate Life عبر الإنترنت من خلال الموقع الإلكتروني donatelifeny.gov أو طلب حذف من خلال إكمال هذا النموذج وتوقيعه وإرساله إلى العنوان أدناه.

*تشير إلى النقاط المطلوبة. يرجى كتابة اسمك بوضوح بالبحر الأسود أو الأزرق:

معلومات هويتي

الاسم: (الأول) _____ (المتوسط) _____ (الآخر) _____

تاريخ الميلاد _____ / _____ / _____ (شهر/يوم/سنة)

رقم تعريف إدارة السيارات بولاية نيويورك (9 أرقام رخصة/تصريح/هوية غير سائق) _____ أو رقم هوية نيويورك _____

معلومات الاتصال

سنؤكد حذف اسمك عبر البريد الإلكتروني، إذا تم توفيره، أو بالبريد الأمريكي

العنوان البريدي _____ المدينة _____ الولاية* _____ الرقم البريدي* _____
عنوان البريد الإلكتروني _____ رقم الهاتف (_____) - _____

التوقيع والتاريخ

بالتوقيع أدناه، فأنا ألغي موافقتي على التبرع بأعضائي و/أو عيني و/أو أنسجتي وأطالب بحذف اسمي من سجل New York State Donate Life.

التوقيع* _____ التاريخ* _____ / _____ / _____

أكمل هذا النموذج ووقعه واكتب فيه التاريخ. وأرسله إلى سجل NYS Donate Life عبر البريد الإلكتروني: registry@donatelifeny.gov أو بالبريد الأمريكي إلى:
New York State Donate Life Registry, 185 Jordan Road, Troy, New York 12180