



Department of Health

Donate Life Registry



Formulaire de retrait du registre Donate Life de l'État de New York

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

Vous pouvez vous retirer du registre Donate Life de l'État de New York en ligne sur donatelife.ny.gov ou demander votre retrait en remplissant, signant et envoyant ce formulaire à l'adresse ci-dessous.

**Indique un champ obligatoire. Veuillez taper à la machine ou écrire clairement en caractère d'imprimerie et à l'encre noire ou bleue :*

DONNÉES D'IDENTIFICATION

*Nom : (Prénom)

(Initiale du second prénom)

*(Nom de famille)

____/____/____ (MM/JJ/AAAA)
Date de naissance

Numéro d'identification du DMV de l'État de New York (Numéro à 9 chiffres de pièce d'identité/permis de conduire)

OU

Numéro IDNYC

COORDONNÉES

Nous vous confirmerons votre retrait par courrier électronique, si une adresse électronique a été fournie, ou par courrier postal

*Adresse postale

*Ville

*État

*Code postal

Adresse électronique

(____) _____ - _____
Téléphone

SIGNEZ ET DATEZ

En signant ci-dessous, je révoque mon consentement au don de mes organes, yeux et/ou tissus et demande mon retrait du registre Donate Life de l'État de New York.

*Signature

____/____/____
*Date

Remplissez, signez et datez ce formulaire. Soumettez-le au registre Donate Life de l'État de New York par courrier électronique à : registry@donatelife.ny.gov ou par courrier postal à :
New York State Donate Life Registry, 185 Jordan Road, Troy, New York 12180