Источник: https://belforma.net/бланки/Заявление/Заявление_о_добровольном_донорстве с возможностью скачать типовой бланк в формате PDF (Adobe Reader).

Заявление о добровольном донорстве

Утверждено постановлением Совмина от 13.07.2012 N 643

Форма

```
                                  Руководителю
                                 ____________________________________________
                                 (наименование организации здравоохранения)
                                 ____________________________________________
                                 от _________________________________________
                                          (фамилия, собственное имя,
                                 ____________________________________________
                                      отчество (если таковое имеется)
                                 ___________________________________________,
                                               (дата рождения)
                                 зарегистрированного(ой) по адресу
                                 ____________________________________________
                                 (указывается место регистрации, фактическое
                                 ____________________________________________
                                            место проживания)
                                 ____________________________________________
                                   (сведения о документе, удостоверяющем
                                              личность, -
                                 ____________________________________________
                                   вид, номер, серия, дата и место выдачи,
                                 ____________________________________________
                                         идентификационный номер)
                                  ЗАЯВЛЕНИЕ
                          о добровольном донорстве
    Я, ____________________________________________________________________,
       (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) донора)
```

заявляю, что добровольно согласен(на) быть донором сперматозоидов (яйцеклеток) для использования их при применении вспомогательных репродуктивных технологий.

Обязуюсь:

при проведении медицинского осмотра не скрывать перенесенные мною заболевания, а также сообщить достоверные сведения о моей наследственности;

соблюдать врачебные предписания, а также сообщать обо всех изменениях в состоянии моего здоровья с даты подписания настоящего заявления и до окончания нахождения в карантине сданных половых клеток.

Я, _____,
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) донора яйцеклеток)

предупреждена, что при проведении мне стимуляции суперовуляции и пункции могут возникнуть осложнения.

Обязуюсь не устанавливать личность пациентов, которым будет оказана медицинская помощь с применением моих донорских половых клеток, и не предъявлять к ним имущественных претензий.

Ранее я не являлся(ась) (нужное подчеркнуть) (являлся(ась) донором половых клеток и сдавал(а) свои половые клетки в _____
_____
(наименование организации здравоохранения (сроки сдачи половых клеток)

_____	_____	_____
(дата)	(подпись)	(Ф.И.О.)
_____	_____	_____
(должность врача)	(подпись)	(Ф.И.О.)
_____	(дата)	