



לכבוד:  
המכון לחקר הפוריות  
בית החולים "ליס" לילדות

**בקשה להשמדת מנות זרע שמורות - חתומה ע"י מפקיד מנת הזרע או אפוטרופוסו בלבד**

הנני (שם מלא): \_\_\_\_\_ מבקשכם בזאת להשמיד את כל מנות הזרע השמורות עבורי  
בבנק של המכון, וזאת למרות שטרם חלפו 5 שנים ממועד הפקדתן לשמירה, ופוטר את המכון ו/או מי מטעמו  
ו/או המדינה ו/או עיריית ת"א ו/או המרכז הרפואי ת"א מכל אחריות לנזק שעלול להגרם לי ו/או מי מטעמי  
עקב השמדת מנות הזרע שלי.

שם משפחה: \_\_\_\_\_

שם פרטי: \_\_\_\_\_

תעודת זהות: \_\_\_\_\_

מען: \_\_\_\_\_

מספר טלפון: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

במקרה בו ההודעה נחתמת ע"י אפוטרופוס:

שם משפחה: \_\_\_\_\_

שם פרטי: \_\_\_\_\_

תעודת זהות: \_\_\_\_\_

מען: \_\_\_\_\_

מספר טלפון: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_