

בקשה לאישור הסכם לנשיאת עוברים

על פי חוק הסכמים לנשיאת עוברים (אישור הסכם ומעמד היילוד), התשנ"ו 1996 טופס זה משמש להגשת בקשה לאישור הסכם לנשיאת עוברים. מיועד למילוי על ידי ההורים המיועדים והאם הנושאת (פונדקאית).

1. פרטי הורים מיועדים

* ישוב:	* רחוב ומס' בית:
* מיקוד:	טלפון בית:
* תאריך נישואין:	הסכם חיים משותפים:

פרטי אם / אב מיועד/ת [הקף בעיגול]

* שם מלא:	* ת"ז:
* תאריך לידה:	* דת:
* טלפון נייד:	* כתובת דוא"ל:

פרטי אם / אב מיועד/ת [הקף בעיגול]

* שם מלא:	* ת"ז:
* תאריך לידה:	* דת:
* טלפון נייד:	* כתובת דוא"ל:

2. פרטי האם הנושאת (הפונדקאית)

* שם מלא:	* ת"ז:
* תאריך לידה:	* דת:
* מצב משפחתי: (יש לסמן V) <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> נשואה * מס' ילדים:	
* ישוב:	* רחוב ומס' בית:
* מיקוד:	* כתובת דוא"ל:
* טלפון בית:	* נייד:

פרטי הבקשה

3. מבקשים בזאת, לאשר הסכם לנשיאת עוברים המצ"ב.

4. מצורפים בזאת כל המסמכים והאישורים הנדרשים.

* חתימת האם הנושאת

* חתימת אם/אב מיועד/ת

* חתימת אם/אב מיועד/ת

תאריך:

עמוד - 1 - מתוך 1

Ministry of Health

P.O.B 1176 Jerusalem 91010

Tel: 02-5080301, Fax: 02-5655957

pundekaut@moh.gov.il



משרד הבריאות

ת.ד. 1176 ירושלים 91010

טלפון: 02-5080301, פקס: 02-5655957

pundekaut@moh.gov.il