AKT PRZEKAZANIA ZWŁOK

Ja – niżej

podpisany/a_____

urodzony/a dnia _____w_____

PESEL_____

zamieszkały/a w _____

_____

telefon kontaktowy_____

legitymujący/a się dowodem osobistym

seria……. nr…… wydanym przez
.....w dniu .....…..

Postanawiam przekazać po śmierci moje ciało do badań naukowych oraz celów dydaktycznych Katedrze Anatomii Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Aleja Warszawska 30, 10-082 Olsztyn.

Wolą moją jest, by po zakończeniu badania moich zwłok zostały one pochowane w ramach organizowanego przez Katedrę Anatomii UWM w Olsztynie Memoriału im. Ojca Józefa Marii Bocheńskiego na terenie Cmentarza Komunalnego w Olsztynie lub w (podać miejsce): …….. .

Tak, Moją wolą jest, by moje nazwisko umieszczone było na tablicy darczyńców Katedry Anatomii.

Nie, Moją wolą jest, by moje nazwisko nie było umieszczone na tablicy darczyńców Katedry Anatomii.

(* odpowiednią decyzję proszę zakreślić)

O moim postanowieniu powiadomione zostały następujące osoby, które zobowiązały się do niezwłocznego poinformowania o moim zgonie Katedrę Anatomii UWM w Olsztynie przy Al. Warszawskiej 30 (tel. 089 527-70-04; 089 524-53-01).

1. (Imię i nazwisko)_____

Adres:_____ _____

tel. ……..

2. (Imię i nazwisko)_____

Adres:_____

tel. …….

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Programu Świadomej Donacji Katedry Anatomii w Olsztynie.

Czytelny podpis **Miejscowość, data**