

Zakład Anatomii Prawidłowej Człowieka
Społecznej Akademii Nauk

AKT PRZEKAZANIA ZWŁOK

Ja - niżej podpisany/a

urodzony/a dnia

w

PESEL

zamieszkały/a w

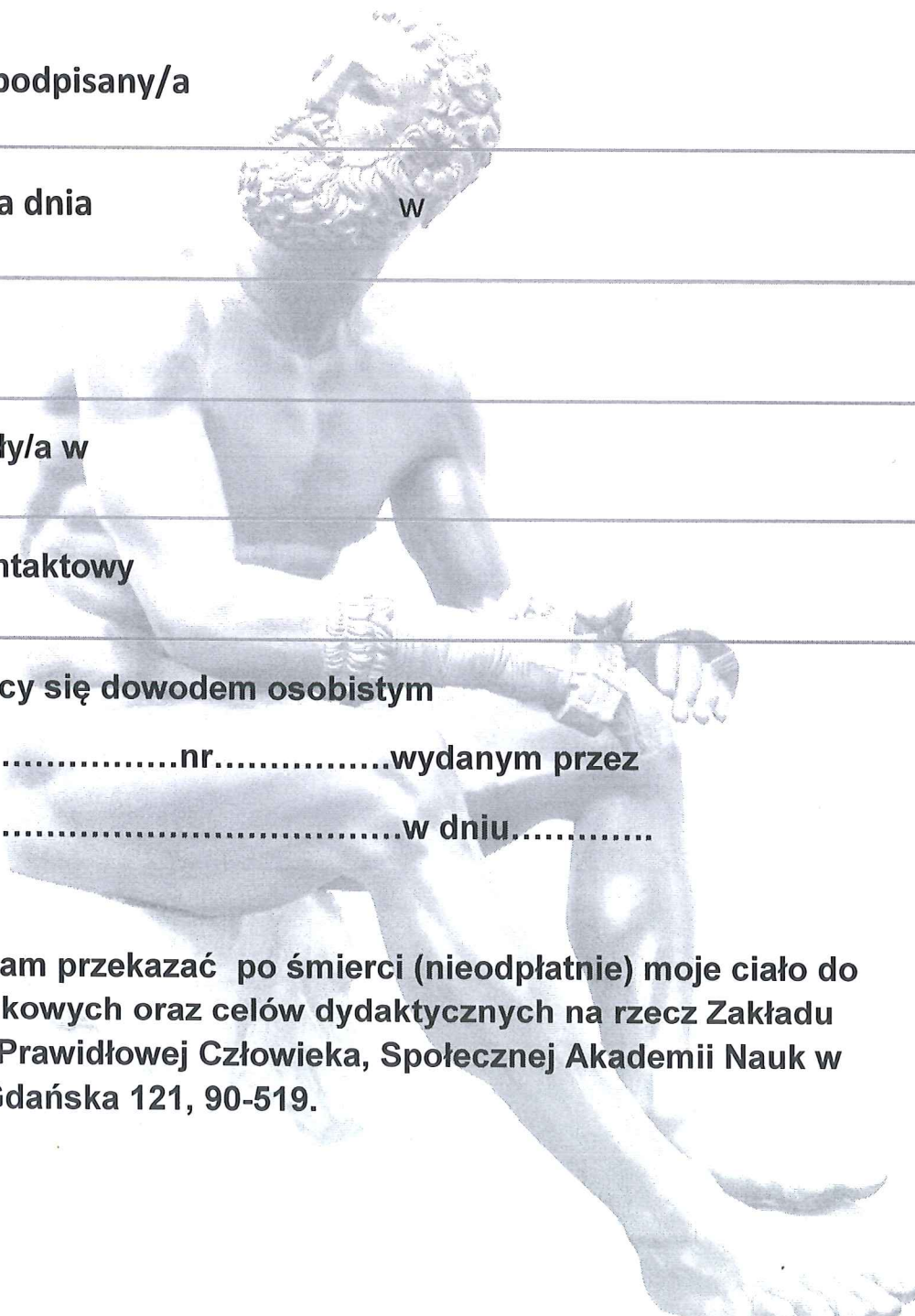
telefon kontaktowy

legitymujący się dowodem osobistym

seria.....nr.....wydanym przez

.....w dniu.....

Postanawiam przekazać po śmierci (nieodpłatnie) moje ciało do badań naukowych oraz celów dydaktycznych na rzecz Zakładu Anatomii Prawidłowej Człowieka, Społecznej Akademii Nauk w Łodzi ul. Gdańska 121, 90-519.



Wolą moją jest, aby po zakończeniu badania moich zwłok zostały one pochowane w ramach organizowanego przez Uczelnię pochówku na Cmentarzu Komunalnym w Łodzi lub w

.....

O moim postanowieniu zostały poinformowane następujące osoby, które zobowiązały się do niezwłocznego poinformowania o moim zgonie Zakład Anatomii Prawidłowej Człowieka Społecznej Akademii Nauk (tel.)

1. Imię i nazwisko.....

Adres:.....

Tel.

2. Imię i nazwisko.....

Adres:.....

Tel.

Oświadczam, że nie jestem nosicielem wirusa HIV

Ponadto oświadczam, że:

Tak, moją wolą jest aby moje nazwisko umieszczone zostało na tablicy informacyjnej na wspólnej mogile Donatorów

Nie, moją wolą jest aby moje nazwisko nie było umieszczone na tablicy na wspólnej mogile Donatorów

(odpowiednią decyzję proszę zakreślić)

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis