



UNIWERSYTET MEDYCZNY IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

AKT DONACJI

Ja, niżej podpisany /a.....
/ imię i nazwisko /
urodzony/aw, legitymujący/a się dowodem
/ data : d.- m.- r. / / miejscowość /
osobistym seria.....numer....., wydanym przez.....
PESEL....., zamieszkały/a w
/ miejscowość, kod pocztowy /
ul. tel.
/ nazwa, nr domu, nr mieszkania /
Postanawiam nieodpłatnie przekazać moje ciało po śmierci Zakładowi Anatomii Prawidłowej Uniwersytetu
Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu dla celów naukowych i dydaktycznych.
O moim postanowieniu powiadomiłem/- am , n/w osobę
..... zam. w
/ imię i nazwisko / / miejscowość, kod pocztowy /
ul. tel.
/ nazwa, nr domu, nr mieszkania /

Która zobowiązuje się do niezwłocznego powiadomienia o moim zgonie:

Zakład Anatomii Prawidłowej we Wrocławiu,

ul. Chalubińskiego 6A,

tel. 71-784-00-79; 71-784-13-31.

Jednocześnie **wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody***, aby po zakończeniu badań, zwłoki moje zostały:

- spopielone*;

- pochowane tradycyjnie*.

Wyrażam/ nie wyrażam* zgodę na ujawnienie po śmierci moich danych osobowych (imię, nazwisko, rok urodzenia i rok śmierci) na tablicy Donatorów Zakładu Anatomii Prawidłowej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, utworzonej w przyszłości celem upamiętnienia darczyńcy.

Oświadczam, że zapoznałem/ - am się z treścią „Programu Świadomej Donacji”.

Wrocław, dnia..... r.

.....
Czytelny podpis

(wymagane notarialne poświadczenie podpisu)

* właściwie zakreślić