

Akt przekazania zwłok

Ja - niżej podpisany/a

_____ *Imię i nazwisko*

urodzony/a dnia _____ w _____

zamieszkały/a w: _____

legitymujący/a się dowodem osobistym seria _____ nr _____

wydany przez _____ w dniu _____

numer PESEL _____

postanawiam przekazać po śmierci moje ciało do badań naukowych oraz celów dydaktycznych Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej Wydziału Lekarskiego w Katowicach Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach lub Katedry i Zakładu Anatomii Opisowej i Topograficznej Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

Wyrażam zgodę aby po zakończeniu badań, zwłoki moje zostały pochowane w ramach organizowanego przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach Memorialu im. Ojca Profesora Innocentego Józefa Marii Bocheńskiego w Parku Pamięci Ruda Śląska ul. Krańcowa 5

**Tak, Moją wolą jest, by moje nazwisko umieszczone było na tablicy darczyńców Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej Wydziału Lekarskiego w Katowicach lub Katedry i Zakładu Anatomii Opisowej i Topograficznej Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze.*

**Nie, Moją wolą nie jest, by moje nazwisko było umieszczone na tablicy darczyńców Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej Wydziału Lekarskiego w Katowicach lub Katedry i Zakładu Anatomii Opisowej i Topograficznej Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze.*

* odpowiednią decyzję proszę zakreślić

O moim postanowieniu powiadomione zostały następujące osoby:

(imię i nazwisko)

(ulica, kod, miasto, nr tel.)

(imię i nazwisko)

(ulica, kod, miasto, nr tel.)

które zobowiązały się do niezwłocznego poinformowania o moim zgonie jedną z jednostek:

* Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej Wydziału Lekarskiego w Katowicach, ul. Medyków 18, 40-752 Katowice – Ligota tel. (32) 252 64 87 (od poniedziałku do piątku w godz. od 7³⁰ do 15³⁰)

* Katedry i Zakładu Anatomii Opisowej i Topograficznej Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, ul. Jordana 19, 41-808 Zabrze tel. (32) 272 22 01 (od poniedziałku do piątku w godz. od 7³⁰ do 15³⁰)

- Park Pamięci Ruda Śląska ul. Krańcowa 5 - całodobowy nr telefonu: (32) 340 53 36, 32) 242 70 66 (od poniedziałku do piątku w godz. od 15³⁰ do 7³⁰, w dni wolne od pracy).

* *odpowiednią jednostkę proszę zakreślić*

Oświadczam, że zapoznałem/lam się z treścią „Programu Świadomej Donacji Zwłok”.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb związanych z „Programem Świadomej Donacji Zwłok” zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 922).

Miejscowość, data

czytelny podpis