

## ***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 Memoriału 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 7<sup>30</sup> do 15<sup>30</sup>)

\* 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 7<sup>30</sup> do 15<sup>30</sup>)

- 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 15<sup>30</sup> do 7<sup>30</sup>, w dni wolne od pracy).

\* *odpowiednią jednostkę proszę zakreślić*

**Oświadczam, że zapoznałem/łam 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