

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: które zobowiązały się do niezwłocznego poinformowania o moim zgonie:

(Imię i nazwisko)

(ulica, kod, miasto, nr tel)

(Imię i nazwisko)

(ulica, kod, miasto, nr tel)

Katedrę i Zakład Anatomii Prawidłowej Wydziału Lekarskiego w Katowicach, ul. Medyków 18, 40-752 Katowice - Ligota tel. 0 32 2526-487

lub

Katedrę i Zakład Anatomii Opisowej i Topograficznej Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, ul. Jordana 19, 41-808 Zabrze tel. 032 2722-201 (od poniedziałku do piątku w godz. od 7³⁰ do 15³⁰)

lub Park Pamięci Ruda Śląska ul. Krańcowa 5 (całodobowy nr telefonu: (032) 34 05 336, (032) 24 27 066) (sobota, niedziela).

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 2002 Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Miejscowość, data

czytelny podpis