

Ja niżej podpisany/a

Imię i nazwisko

numer PESEL _____

oświadczam, że rezygnuję z udziału w Programie Świadomej Donacji Zwłok Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach i wycofuję moją zgodę na przetwarzanie danych osobowych.

miejsowość, data

czytelny podpis