

<i>Pieczęć nagłwkowa komórki organizacyjnej</i>	<b>Oświadczenie woli pacjenta o wyrażeniu zgody na pobranie po jego śmierci komórek, tkanek lub narządów celem przeszczepienia</b>	F-PP-0-6-11
---	--	-------------

Ja niżej podpisany/ a ....., **wyrażam zgodę** na pobranie po mojej śmierci komórek, tkanek i narządów celem przeszczepienia.

Oświadczam, iż moje dane są następujące:

**Nazwisko:** .....

**Imię** .....

**Data i miejsce urodzenia** .....

**Numer PESEL** .....

**Adres** .....

Data ..... Podpis .....