

<i>Pieczęć nagłwkowa komórki organizacyjnej</i>	Oświadczenie braku woli pacjenta o wyrażeniu zgody na pobranie po jego śmierci komórek, tkanek lub narządów celem przeszczepienia	F-PP-0-6-12
---	--	-------------

Ja niżej podpisany/ a, **nie wyrażam zgody** 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