



AKT PRZEKAZANIA ZWŁOK



Ja – niżej

podpisany/a _____

urodzony/a dnia _____ w _____

PESEL _____

zamieszkały/a w _____

telefon kontaktowy _____

legitymujący/a się dowodem osobistym

seria..... nr..... wydanym przez
..... w dniu

Postanawiam przekazać po śmierci moje ciało do badań naukowych oraz celów dydaktycznych Katedrze Anatomii Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Aleja Warszawska 30, 10-082 Olsztyn.

Wolą moją jest, by po zakończeniu badania moich zwłok zostały one pochowane w ramach organizowanego przez Katedrę Anatomii UWM w Olsztynie Memoriału im. Ojca Józefa Marii Bocheńskiego na terenie Cmentarza Komunalnego w Olsztynie lub w (podać miejsce):

.....

**Tak, Moją wolą jest, by moje nazwisko umieszczone było na tablicy darczyńców Katedry Anatomii.*

**Nie, Moją wolą jest, by moje nazwisko nie było umieszczone na tablicy darczyńców Katedry Anatomii.*

(* odpowiednią decyzję proszę zakreślić)

O moim postanowieniu powiadomione zostały następujące osoby, które zobowiązały się do niezwłocznego poinformowania o moim zgonie Katedrę Anatomii UWM w Olsztynie przy Al. Warszawskiej 30 (tel. 089 524-53-01)

1. (Imię i nazwisko) _____

Adres: _____

tel.

2. (Imię i nazwisko) _____

Adres: _____

tel.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Programu Świadomej Donacji Katedry Anatomii w Olsztynie.

Czytelny podpis

Miejscowość, data