

IZJAVA (Molimo ispuniti ŠTAMPANIM SLOVIMA.)

Ime i prezime _____ Spol _____

Adresa _____ Grad _____

Broj telefona _____ Datum rođenja _____

OIB/ Broj zdravstvenog osiguranja _____

JA, NIŽE POTPISANI KAO DAROVATELJ, OVIM ISKAZUJEM ŽELJU DA MOJE TIJELO NAKON SMRTI BUDE DONIRANO ZAVODU ZA ANATOMIJU, MEDICINSKOG FAKULTETA SVEUČILIŠTA U RIJECI, U SVRHU EDUKACIJE STUDENATA I LIJEČNIKA. ČLANOVI MOJE OBITELJI ILI SKRBNICI UPOZNATI SU SA MOJOM ŽELJOM I NE PROTIVE JOJ SE.

Ovlašćujem Zavod za anatomiju da raspolaže mojim ostacima po završetku anatomske edukacije, na način:

_____ 1. Zavod za anatomiju će kremirati moje ostatke i vratiti moje kremirane ostatke mojoj obitelji / skrbnicima. Troškovi kremiranja i povratak kremiranih ostataka odgovornost su Zavoda za anatomiju.

_____ 2. Zavod za anatomiju će kremirati moje posmrtno ostatke i položiti ih na prostor groblja Drenova koji dijele drugi članovi Programa donacije tijela. Troškovi kremiranja i polaganja kremiranih ostataka bit će odgovornost Zavoda za anatomiju.

PODACI O SVJEDOKU

Ime i prezime _____

Adresa _____ Grad _____ Tel _____

Srodnost sa darovateljem _____

POTPISI

Darovatelj _____ Datum _____

Svjedok _____ Datum _____

Zavod za anatomiju potvrđuje da je pohranio kopiju Izjave i da je Izjavu zaveo u Knjigu darovatelja tijela pod brojem _____ .

U Rijeci, _____

Za Zavod: _____