

U _____, ____ . ____ . ____ . godine

IZJAVA O PODMIRENJU TROŠKOVA PRIJEVOZA

Ja, _____, OIB: _____
potpisnik *Izjave o donaciji tijela* br. _____ izjavljujem da će nakon moje smrti
troškove prijevoza iz _____ županije do Rijeke (Medicinski fakultet
u Rijeci, Braće Branchetta 20) snositi članovi moje obitelji
_____.

(navesti ime, prezime i adresu i broj telefona)

(potpis)

Suglasna/-an: 1. _____ (potpis gore navedenog člana obitelji)
2. _____ (svjedok)