

IMIĘ I NAZWISKO NZOZ "SANA-MED" s.c
PESEL 32-300 Olkusz
ul. Buchowieckiego 15 a



OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/podpisana* oświadczam, iż:

W Centralnym Rejestrze Sprzeciwów:

- zamieściłem / zamieściłam
- nie zamieściłem / nie zamieściłam

sprzeciw na pobranie po śmierci komórek, tkanek i narządów.

.....
data i podpis pacjent

(*- niepotrzebne skreślić)