

Ja niżej

podpisany(a) ..... urodzony(a) w ..... r.

w ..... nr PESEL .....

zamieszkały(a) .....

postanawiam przekazać po śmierci moje ciało Uniwersytetowi Medycznemu im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu przy ulicy Fredry 10 do badań naukowych.

O moim postanowieniu powiadomione zostały następujące osoby :

1. ....
2. ....

które zobowiązały się do niezwłocznego poinformowania Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (tel. 0 61- 8 54 65 64; 0 61 - 8 54 65 62 lub 0 61 - 8 54 68 64) o moim zgonie.

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis