

**ИЗЈАВА
О ОДБИЈАЊУ ДАВАЊА САГЛАСНОСТИ ЧЛАНА ПОРОДИЦЕ, ОДНОСНО ДРУГОГ
БЛИСКОГ ЛИЦА ЗА УЗИМАЊЕ ОРГАНА, ОДНОСНО ТКИВА СА УМРЛОГ ЛИЦА**

ЛИЧНИ ПОДАЦИ О ПРЕМИНУЛОМ ЛИЦУ:

Име и презиме:

Број историје болести:

Датум рођења:
дан месец година

ЈМБГ:

Место пребивалишта и адреса

Улица и број

Место

Општина

Држављанство

ИЗЈАВА

Пошто је утврђена мождана смрт и обављен разговор, овим **ОДБИЈАМ ДАВАЊЕ САГЛАСНОСТИ ЗА УЗИМАЊЕ ОРГАНА И ТКИВА** са умрлог члана породице/блиског лица.

Изјава је донета на основу	<input type="checkbox"/>	изражене одлуке покојника усмено
	<input type="checkbox"/>	претпостављене одлуке покојника
	<input type="checkbox"/>	жеље породице

ЛИЧНИ ПОДАЦИ О ЧЛАНУ ПОРОДИЦЕ, ОДНОСНО ДРУГОМ БЛИСКОМ ЛИЦУ:

Име и презиме:

Телефон:

ЈМБГ:

Адреса:

Место:

Датум
дан месец година

Време:
сат минут

Потпис даваоца изјаве