

ИЗЈАВА О ЗАБРАНИ УЗИМАЊА ОРГАНА, ОДНОСНО ТКИВА

ЛИЧНИ ПОДАЦИ:

Име и презиме:

ЈМБГ:

Датум рођења:

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| дан | месец | година |

Пол:

М Ж

Место пребивалишта и адреса

Улица и број

Место

Општина

Држављанство

ИЗЈАВА

У СЛУЧАЈУ МОЖДАНЕ СМРТИ ЗАБРАЊУЈЕМ УЗИМАЊЕ СВОЈИХ:

Заокружити:

1. ОРГАНА И ТКИВА

2. ОРГАНА

3. ТКИВА

Место:

Датум:

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| дан | месец | година |

М.П.

Потпис и факсимил
здравственог радника/
потпис овлашћеног лица

Својеручни потпис
даваоца изјаве