

Образац 1.

ИЗЈАВА О ПОВЛАЧЕЊУ ПРИСТАНКА ЗА ДАВАЊЕ И КОРИШЋЕЊЕ РЕПРОДУКТИВНИХ ЋЕЛИЈА

Здравствена установа, односно банка ћелија и ткива	Организациона јединица	Место

Датум

__ __ __ __ __ __ __ __

дан месец година

**ЛИЧНИ ПОДАЦИ
ДОНОРА
РЕПРОДУКТИВНИХ
ЋЕЛИЈА**

Име:

Презиме:

Датум рођења: __ __ __ __ __ __ __ __

ЈМБГ

Место пребивалишта и адреса:

улица и број

место

општина

држављанство

**ИЗЈАВА О ПОВЛАЧЕЊУ
ПРИСТАНКА**

**Изјављујем да на основу своје слободне воље,
ПОВЛАЧИМ раније дату Изјаву о пристанку за давање и коришћење**

_____ (назив репродуктивних ћелија)

од _____ године.
(датум)

Потпис и факсимил присутног
здравственог радника

М.П.

Својеручни потпис даваоца
изјаве