

Образац 2.

| | | |
|--|------------------------|-------|
| Здравствена установа, односно банка ћелија и ткива | Организациона јединица | Место |
| | | |

ПОТВРДА

Потврђујемо да је _____ дана _____ године потписао
(име и презиме донора) (датум)

Изјаву о повлачењу пристанка од _____ године, као и да су дате _____ без одлагања уништене дана
(датум) (назив репродуктивних ћелија)

_____ године.
(датум)

Датум:
I I I I I I I I I I I
дан месец година

М.П.

Потпис и факсимил
овлашћеног лица