

Prohlášení o souhlasu s posmrtným darováním těla pro výukové a výzkumné účely

***Rozhodl(a) jsem se věnovat své tělo po mé smrti pro výukové a výzkumné účely
Ústavu anatomie Univerzity Karlovy, Lékařské fakulty v Hradci Králové.***

Byl(a) jsem seznámen(a) se všemi podmínkami tohoto darování.

Jméno:..... Příjmení:.....

Rodné číslo:.....

Adresa:.....

.....

Telefon:.....

***Jako dárce tímto uděluji výslovný souhlas k tomu, aby moje tělo bylo použito pro
účely vědy a výuky zdravotnických pracovníků v rámci Ústavu anatomie Univerzity
Karlovy, Lékařské fakulty v Hradci Králové.***

***Dále výslovně prohlašuji, že jsem k rozhodnutí dospěl(a) na základě svobodné vůle,
nebyl(a) jsem k němu nikým přímo či nepřímo donucen(a).***

V..... dne.....

***Podpis dárce:.....
(úředně ověřen)***

***Adresa Lékařské fakulty UK v HK: Univerzita Karlova
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Ústav anatomie
Šimkova 870
500 03 Hradec Králové***

***Tel. Ústav anatomie: 495 816 230 nebo 725 879 710
Tel. pohřebnictví Pícha: 602 473 799.***