

Ja niżej

podpisany(a) urodzony(a) w r.

w nr PESEL

zamieszkały(a) postanawiam
przekazać po śmierci moje ciało Uniwersytetowi Medycznemu im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu przy ulicy Fredry 10 do badań naukowych.

O moim postanowieniu powiadomione zostały następujące osoby :

1.
(imię i nazwisko, nr telefonu)

2.
(imię i nazwisko, nr telefonu)

które zobowiązały się do niezwłocznego poinformowania Zakładu Anatomii Prawidłowej
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (tel. 61- 8 54 65 64 lub
693 330 661) o moim zgonie.

Moją wolą jest aby po zakończonym procesie naukowym moje prochy zostały pochowane:

☐ w Ogrodzie Pamięci na Cmentarzu Komunalnym na Miłostowie w Poznaniu

☐ przez moją Rodzinę w grobie rodzinnym

* wybraną decyzję proszę zakreślić znakiem X

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis