

Pristopna izjava darovalca

Darovalec

ŠT. ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

priimek

ime

datum rojstva

naslov (ulica, h. št.,

številka in naziv poste)

občina (šifra in naziv občine)

Izjavljam, da **sem prostovoljni darovalec** delov človeškega telesa zaradi presaditve, in dovoljujem, da se jih po moji smrti odvzame in presadi drugemu človeku, ki jih nujno potrebuje za svoje zdravljenje.

kraj

datum

podpis

☐ Dovolim, ☐ Ne dovolim,

da se osebni podatek v zvezi z mojo opredelitvijo glede posmrtnega darovanja delov človeškega telesa zaradi presaditve shrani v zbirki podatkov na Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije ter da se vpiše kot posebej varovan in neviden podatek na mojo kartico zdravstvenega zavarovanja.

kraj

datum

podpis

Potrditev identifikacije in pravilnosti izpolnjene izjave:

šifra in

naziv pooblašene organizacije in prijavnega mesta

šifra,

priimek in ime pooblašene osebe

žig

podpis pooblašene osebe

datum vnosa v zbirko podatkov

podpis pooblašene osebe na ZZS