

Odstopna izjava

Darovalec

ŠT. ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

priimek

ime

datum rojstva

naslov (ulica, h. st.,

številka in naziv pošte)

občina (šifra in naziv občine)

Preklicujem svojo izjavo o posmrtnem darovanju delov človeškega telesa zaradi presaditve. Če je bila moja opredelitev zapisana tudi na kartico zdravstvenega zavarovanja na osnovi mojega takratnega dovoljenja, zahtevam tudi izbris tega podatka s kartice.

kraj

datum

podpis

Potrditev identifikacije in pravilnosti izpolnjene izjave:

šifra in

naziv pooblaščne organizacije in prijavnega mesta

šifra,

priimek in ime pooblaščne osebe

žig

podpis pooblaščne osebe

datum vnosa v zbirko podatkov

podpis pooblaščne osebe na ZZS