

Pristopna izjava darovalca

Darovalec

ST. ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

primes

ime

datum rojstva

naslov (ulica, št. št.)

staneta in mesto prebivanja

osebno (svoje in naslov osebe)

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.

Dovolim, da se osebni podatek v zvezi z mojo opredelitvijo glede posmrtnega darovanja delov človeškega telesa zaradi presaditve vpiše kot posebej varovan in neviden podatek na mojo kartico zdravstvenega zavarovanja.

ime

datum

podpis

Potrditev identifikacije in pravilnosti izpolnjene izjave:

Ima in

naslov pooblaščen organizacije in prijavnega mesta

Ima,

primes in ime pooblaščen osebe

30

podpis pooblaščen osebe

datum vloge v zbirko podatkov

podpis pooblaščen osebe na 225