

AKT DONACJI

Ja, niżej podpisana/y
urodzona/y roku w legitymująca/y się dowodem
osobistym seria numer wydanym przez
..... PESEL zamieszkała/y
w ul. tel.
postanawiam nieodpłatnie przekazać po śmierci moje ciało Katedrze i Zakładowi Anatomii
Prawidłowej Collegium Medicum im. L. Rydygiera UMK w Bydgoszczy do badań
naukowych i celów dydaktycznych.

Wolą moją jest by moje ciało zostało pochowane w obrządku
po uprzedniej kremacji (tak/nie)*.

Obowiązek pochówku w grobowcu Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej znajdującym
się na Cmentarzu Komunalnym przy ul. Wiślanej w Bydgoszczy spoczywa na Collegium
Medicum im. L. Rydygiera UMK w Bydgoszczy.

O terminie pochówku proszę zawiadomić niżej wymienione osoby:

..... zam. w ul.
..... zam. w ul.

O moim postanowieniu powiadomiłem:

..... zam. w ul.
tel.
..... zam. w ul.
tel.

które zobowiązały się do niezwłocznego powiadomienia Katedry i Zakładu Anatomii
Prawidłowej, ul. Łukasiewicza 1, tel. (0-52) 585-37-05 w godz. 8⁰⁰ – 15⁰⁰

Moją wolą jest, by moje nazwisko umieszczone było na tablicy darczyńców Katedry i
Zakładu Anatomii Prawidłowej (tak/nie)*

Bydgoszcz , dnia

.....
(czytelny podpis Donatora)

.....
(podpisy osób zobowiązanych do powiadomienia Uczelni)

(wymagane notarialne poświadczenie podpisu)

*niepotrzebne skreślić