



DRUGIE ŻYCIE

FRESENIUS MEDICAL CARE



**FRESENIUS
MEDICAL CARE**

Oświadczenie woli

Wyrażam zgodę, by po śmierci, moje organy i tkanki zostały użyte do transplantacji - ratowania życia innych ludzi.
Proszę, by rodzina uszanowała moją decyzję.

IMIĘ _____

NAZWISKO _____

DATA URODZENIA _____

PESEL _____

ADRES _____

DATA _____

PODPIS _____