

# OŚWIADCZENIE WOLI

## zgoda na pobranie narządów po śmierci

Ja, niżej podpisany/a,

**1. Imię i nazwisko:**

.....

**2. Data urodzenia:**

.....

**3. Numer PESEL:**

.....

**4. Adres zamieszkania:**

.....

Oświadczam, że świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na pobranie po mojej śmierci narządów, tkanek oraz komórek w celu ratowania zdrowia lub życia innych osób, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Oświadczenie to składam w pełni władz umysłowych, bez przymusu, mając świadomość jego znaczenia oraz skutków prawnych.

Jednocześnie wyrażam wolę, aby moja decyzja była znana mojej rodzinie i osobom bliskim. Niniejsze oświadczenie może zostać w każdej chwili przeze mnie zmienione lub odwołane w formie pisemnej.

.....

*(miejsowość, data)*

.....

*(czytelny podpis)*