



**SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYDGOSZCZY**

Nr ks. rej.: 000000002247 REGON: 092354746-00027 NIP: 9532293970
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz
Tel. 52 370 91 02
szpital.pbs.edu.pl, e-mail: sekretariat@szpital.pbs.edu.pl

Bydgoszcz, dnia

PR5_PJ16_F19

DECYZJA O ZANIECHANIU LUB WYKONANIU SEKCJI ZWŁOK

Imię i nazwisko :

Telefon:

Nr księgi głównej:

Adres zamieszkania:

Ulica:

Nr domu:

Kod pocztowy, miejscowość:

1. Oświadczenie woli o zaniechaniu wykonania sekcji zwłok

Wyrażam sprzeciw wobec wykonania sekcji zwłok mojej/mojego

Imię nazwisko i PESEL

Zmarłej/zmarłego dnia

w oddziale

Przyczyna zgonu jest mi znana i nie wnoszę zastrzeżeń co do zastosowanych metod leczenia.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Data</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

2. Wniosek o wykonanie sekcji zwłok

Wyrażam sprzeciw wobec wykonania sekcji zwłok mojej/mojego

Imię nazwisko i PESEL

Zmarłej/zmarłego dnia

w oddziale

