MINISTARSTVO ZDRAVSTVA I SOCIJALNE SKRBI

Broj izjave: 0072246

IZJAVA O NEDARIVANJU DIJELOVA TIJELA POSLIJE SMRTI U SVRHU LIJEČENJA

(ispunjava se u tri primjerka **VELIKIM TISKANIM SLOVIMA**)

OSOBNI PODACI

Ime i prezime

JMBG

Spol **M** **Ž**

Mjesto rođenja

Adresa stanovanja

Telefon

Mobilni telefon

Izabrani liječnik PZZ-a: (šifra)

*Izjavu potpisuju osobe koje žele **izraziti protivljenje** darivanju dijelova svojega tijela poslije smrti u svrhu liječenja*

Protivim se darivanju: (zaokružiti) • **Organa i tkiva** • **Organa** • **Tkiva**

Opozivam izjavu o nedarivanju broj:

Mjesto:

Datum ispunjavanja:

dan mjesec godina

Potpisnik izjave (vlastoručno):

Potpis i faksimil liječnika:

Prvi primjerak izjave izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite dostavlja **odmah** po potpisivanju izjave (a najkasnije u roku od 3 dana) Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi, Ksaver 200a, Zagreb. Izjava se dostavlja poštom u kuverti sa plaćenom poštarinom i otisnutom adresom Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi. Drugi primjerak izjave ostaje u dokumentaciji liječnika PZZ, a treći primjerak se daje potpisniku izjave. Za dodatne informacije kontaktirajte besplatni telefon Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi: **0800 200 063** (radnim danom od 8:30 do 16:30) ili fax 01 4677 105.

Narodne novine d.d., Zagreb — (1) 030006
Oznaka za narudžbu: **MZSS-05/1**

MZ i SS