



**SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET**

**Sveučilište u Rijeci • Medicinski fakultet
Zavod za anatomiju**

*Braće Branchetta 20 • 51000 Rijeka • HRVATSKA
Tel./Fax.: +385 51 651 143*

IZJAVA

Ja, potpisani odlučio sam darovati svoje tijelo nakon smrti Zavodu za anatomiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci u nastavne svrhe. Moja uža obitelj i rodbina su s mojom željom upoznati i ne protive joj se.

Moji osobni podaci:

Prezime i ime _____

Datum rođenja _____

Mjesto rođenja _____

Adresa stanovanja _____

U _____, dana _____.

Potpis:

Zavod za anatomiju potvrđuje da je pohranio kopiju Izjave i da je Izjavu zaveo u Knjigu darovatelja tijela pod brojem _____.

Za Zavod:

U Rijeci, dana _____.