

IZJAVA O NEDARIVANJU DIJELOVA TIJELA POSLIJE SMRTI U SVRHU LIJEČENJA

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

OSOBNI PODACI	
Ime i prezime	<input type="text"/>
JMBG	<input type="text"/>
Spol	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž
Mjesto rođenja	<input type="text"/>
Adresa stanovanja	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Mobilni telefon	<input type="text"/>
Izabrani liječnik PZZ-a: (šifra)	<input type="text"/>

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

Protivim se darivanju: (zaokružiti)	<input type="checkbox"/> Organa i tkiva	<input type="checkbox"/> Organa	<input type="checkbox"/> Tkiva
Opozivam izjavu o nedarivanju broj:	<input type="text"/>		
Mjesto:	<input type="text"/>	Datum ispunjavanja:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		dan	mjesec godina
Potpisnik izjave (vlastoručno):	<input type="text"/>	Potpis i faksimil liječnika:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

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.

