

Bydgoszcz, dnia.....

.....
Imię i Nazwisko

.....
stopień pokrewieństwa ze zmarłym

.....

.....
Adres/Tel. kontaktowy

Dyrektor
Szpitala Uniwersyteckiego nr 1
im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy

Wniosek o zwolnienie z przeprowadzenia sekcji zwłok

Proszę o wyrażenie zgody na odstąpienie od sekcji zwłok:

.....
imię i nazwisko zmarłego

Poinformowano mnie w pełni o przeprowadzonym leczeniu oraz przyczynie zgonu i z tego powodu nie wnoszę żadnych zastrzeżeń. **Przyczyna zgonu jest mi znana.**

.....
czytelny podpis

Opinia Kierownika Kliniki/Oddziału:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody*

.....
podpis Dyrektora

*niepotrzebne skreślić