

**PROGRAM ŚWIADOMEJ DONACJI ZWŁOK
im. OJCA PROFESORA INNOCENTEGO
JÓZEFA MARII BOCHEŃSKIEGO**

Zaświadczam, iż Pan/i

.....

zamieszkały/a w:

.....

.....
złożył/a w dniu
w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach
Akt przekazania zwłok, poświadczony notarialnie

Rep. A. Nr **z dnia**
dotyczący przekazania po śmierci swojego ciała
Uczelni.

**PROGRAM ŚWIADOMEJ DONACJI ZWŁOK
im. OJCA PROFESORA INNOCENTEGO
JÓZEFA MARII BOCHEŃSKIEGO**

W razie mojej śmierci proszę o kontakt
z Uczelnią:

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
ul. Poniatowskiego 15
40-055 Katowice
tel.: (32) 252 64 87
e-mail: donacja@sum.edu.pl

www.donacja.sum.edu.pl