CARNÉ DE DONANTE

Anagrama de la Universidad.....

Universidad emisora — Facultad de Medicina..... /
Departamento.....

Carné de donación nº.....

Don/Dña.....

D.N.I..... con domicilio en.....

Calle/plaza..... nº..... teléfono.....

Nacido en..... el.....de.....de .....

Estado Civil..... de profesión.....

Declara que su cuerpo ha sido donado a la Facultad de Medicina de la Universidad.....

.....a.....de.....de .....

Firma: _____

Reverso

Se ruega a los familiares del titular del presente carné, o a las personas que asistan a su fallecimiento, lo comuniquen a la mayor brevedad a la Facultad de Medicina de la Universidad de .....

Las molestias en la tramitación de la documentación necesaria para esta donación, así como su traslado hasta la Facultad, serán resueltos por la Universidad.

Teléfonos:.....

Anagrama Sociedad Anatómica — Sociedad Anatómica Española