|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 1 к правилам дачи прижизненного волеизъявления человека на посмертное донорство органов (части органа) и (или) тканей (части ткани) и уведомления супруга (супруги) или одного из близких родственников об этом |
|  |  |

**Заявление для регистрации прижизненного отказа на посмертное** **донорство органов (части органа) и (или) тканей (части ткани)** **в целях трансплантации**

      Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица)

Дата рождения "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИИН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Номер, дата выдачи документа, удостоверяющего личность, кем и когда выдан)

***Я при жизни отказываюсь*** от посмертного донорства органов (части органа) и (или) тканей (части ткани) с целью трансплантации.

Даю согласие на занесение, сбор, обработку и хранение моих персональных данных.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_г.

**Справка о регистрации прижизненного отказа на** **посмертное донорство органов (части органа) и (или)** **тканей (части ткани) в целях трансплантации**

      Уважаемый (ая)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Ваше заявление о прижизненном отказе на посмертное донорство органов (части

органа) и (или) тканей (части ткани) в целях трансплантации зарегистрировано.

      Дата регистрации: "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года.

     Фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации первичной медико- санитарной помощи

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

М.П.