

ZGŁOSZENIE NALEŻY WYPEŁNIĆ DUŻYMI LITERAMI CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.  
W PRZYPADKU NIEPRAWIDŁOWEGO WYPEŁNIENIA ZGŁOSZENIE ZOSTANIE ODEŚLANE DO NADAWCY BEZ  
REJESTRACJI W CENTRALNYM REJESTRZE SPRZECIWÓW.

Adresat: POLTRANSPLANT, Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa

Ważne: Pamiętaj o podpisaniu Zgłoszenia!!!

## ZGŁOSZENIE

Wnoszę o wpis w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, iż wyrażam sprzeciw na pobranie po  
śmierci komórek, tkanek i narządów.\*

Wnoszę o skreślenie wpisu sprzeciwu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów na pobranie po  
śmierci, tkanek i narządów.\*

### A. DANE OSOBY, KTÓREJ ZGŁOSZENIE DOTYCZY\*\*

1. Numer ewidencyjny PESEL										
2. Nazwisko					3. Pierwsze imię					
4. Drugie imię				5. Data i miejsce urodzenia						

### B. ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY, KTÓREJ ZGŁOSZENIE DOTYCZY

6. Kod pocztowy	7. Miejscowość	10. Nr domu
8. Poczta	9. Ulica	11. Nr lokalu

### C. ADRES DO KORESPONDENCJI\*\*

(wypełnić, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

12. Kod pocztowy	13. Miejscowość	16. Nr domu
14. Poczta	15. Ulica	17. Nr lokalu

### D. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO\*\*

18. Numer ewidencyjny PESEL											22. Data i miejsce urodzenia	
19. Nazwisko					20. Pierwsze imię			21. Drugie imię				

\* niepotrzebne skreślić

\*\* gdy sprzeciw (cofnięcie sprzeciwu) dotyczy osoby niepełnoletniej lub osoby, która nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych w punktach „A” i „B” wpisuje się dane tej osoby, a w punktach „C” i „D” dane osoby będącej jej przedstawicielem ustawowym; w takim przypadku podpis składa przedstawiciel ustawowy.

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy faktu, iż wyrażenie sprzeciwu (cofnięcie sprzeciwu) w powyższej formie będzie skuteczne od daty wpisu (cofnięcia wpisu) w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów. Data ta będzie uwidocznioma na otrzymanym przeze mnie zawiadomieniu określonym w § 2 ust. 3 i w § 4 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 r. w sprawie sposobu prowadzenia centralnego rejestru sprzeciwów oraz sposobu ustalania istnienia wpisu w tym rejestrze. (Dz.U.06.228.11350).

.....  
miejsce, data i podpis osoby składającej zgłoszenie\*\*

Wypełnia Jednostka Organizacyjna:

- numer sprawy .....
- data rejestracji w systemie .....
- adnotacje urzędowe .....
- podpis operatora CRS.....



POLTRANSPLANT