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

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

*(pieczęć podmiotu leczniczego)*

Imię i nazwisko pacjenta: .............................................................................................................

Nr PESEL pacjenta: .....................................................................................................................

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego: ............................................................................

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego: .....................................................................................

**SPRZECIW PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA**

**CO DO PRZEPROWADZENIA SEKCJI ZWŁOK**

**Działając jako przedstawiciel ustawowy ww. pacjenta, oświadczam, że sprzeciwiam się wykonaniu sekcji zwłok pacjenta, którego zgon nastąpił** ........................... *(data i godzina zgonu)*

**na Oddziale** ......................................................... *(podać nazwę oddziału)* **Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o**

*.............................. ..............................................................*

*(data) (podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta)*

Przed podpisaniem ww. oświadczenia i zgody potwierdziłam(-em) tożsamość przedstawiciela ustawowego Pacjenta na podstawie okazanego mi dokumentu tożsamości.

*.............................. ......................................................*

*(data) (imię i nazwisko oraz podpis osoby*

*odbierającej powyższe oświadczenie)*