

# OŚWIADCZENIE WOLI

*Donor Card*



*Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej*

Imię i nazwisko / PESEL / czytelny podpis

*Wyrażam świadomą zgodę na pobranie narządów i tkanek  
po mojej śmierci do transplanacji w nadziei ratowania życia innym.  
Poinformowałem najbliższych o swojej deklaracji.*