



**ZGODA
NA ŻYCIE**

Wyrażam zgodę na pobranie po śmierci moich tkanek i narządów do przeszczepienia

Imię i Nazwisko

**ZGODA
NA ŻYCIE**

Numer
PESEL



Poinformuj bliskich o swojej decyzji!

Skorzystaj z aplikacji na www.zgodanazycie.pl/aplikacja

