Приложение към Заповед № РД-09-88/02.04.2007 г. на министъра на здравеопазването

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Д Е К Л А Р А Ц И Я  ЗА  ИЗРАЗЯВАНЕ НА НЕСЪГЛАСИЕ ЗА  ВЗЕМАНЕ НА ОРГАНИ, ТЪКАНИ И КЛЕТКИ СЛЕД СМЪРТТА   |  | | --- | | ПОПЪЛВА СЕ С ПЕЧАТНИ БУКВИ ОТ ЛИЦЕТО, ДЕКЛАРИРАЩО НЕСЪГЛАСИЕ |   Днес □□□□□□□□ долуподписаният:  дата (дд/мм/гггг)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   трите имена ( според личната карта)  ЕГН □□□□□□□□□□ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  постоянен адрес (населено място,община,област,ул/жк.№)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Декларирам, че не съм съгласен след смъртта ми да бъдат вземани:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (да се посочи/ всякакви органи, тъкани и клетки/определени органи, тъкани и клетки/)  Не съм съгласен след смъртта ми да бъдат вземани органи, тъкани и клетки,    за следните цели:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (да се посочи за какви цели:/лечебни/диагностични/научномедицински/учебни и преподавателски/)  Подпис: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  | | --- | | Важно: Всеки дееспособен български гражданин, както и чужденец, дългосрочно пребиваващ в  Република България, има право приживе да изрази изрично писмено несъгласие за  вземане на органи, тъкани и клетки след смъртта си.  Изразеното несъгласие може да се отнася до определени или всички органи, тъкани и  клетки, както и до вземането им за други лечебни, диагностични, научномедицински,  учебни и преподавателски цели.  1. Здравноосигурените лица, които са избрали общопрактикуващ лекар попълват и  подписват декларацията пред него.  Общопрактикуващият лекар е длъжен да впише незабавно изразеното несъгласие в  здравноосигурителната книжка на лицето и в срок до 7 дни да информира писмено  директора на съответния регионален център по здравеопазване.  2. Лица, които са с прекъснати здравноосигурителни права, не са здравноосигурени или  не са избрали общопрактикуващ лекар, попълват декларацията пред длъжностно лице в  общината по постоянен адрес.  Декларацията се попълва в два екземпляра, единият остава в декларатора, а другият се  изпраща от общината до Изпълнителната агенция по трансплантация в срок до 7 дни. | |

Личните Ви данни се обработват при спазване изискванията на Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета от 27.04.2016 г., Закона за защита на личните данни и в съответствие с утвърдената Политика за защита на личните данни на Община Шумен – информация на [www.shumen.bg](http://www.shumen.bg) и информационно табло.