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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Д Е К Л А Р А Ц И ЯЗАИЗРАЗЯВАНЕ НА НЕСЪГЛАСИЕ ЗАВЗЕМАНЕ 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.