

Nire borondatea da EHUko Medikuntza eta Odontologia Fakultateari ematea nire gorpua, medikuntzaren alorreko irakaskuntza eta ikerketa hobetzen laguntzeko asmoz.

Mesedez, ni hil bezain laster deitu telefono zenbaki hauetara:
94 601 28 78 (saila) - 686 32 02 44 (mugikorra)

He donado mi cuerpo para la Facultad de Medicina y Odontología de la UPV/EHU, a efectos de beneficiar la enseñanza e investigación de la Medicina.

Para ello, se ruega a quien pudiera hacerlo que, inmediatamente ocurrido el fallecimiento, avise a uno de los siguientes números telefónicos:

Departamento: 94 601 28 78 - Móvil: 686 32 02 44



UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO
EUSKAL HERRIKO UNIBERTSITATEA

D./D.^a

.....

.....

.....

D.N.I.

NAN

FOTO

jaun/andrea



DONACION DE CUERPO

Yo _____ con D.N.I. n.º _____
 de _____ años de edad, de profesión _____, estado
 civil _____, domiciliado en calle o plaza _____
 _____, n.º _____, en la ciudad de _____, Dist. n.º _____
 provincia de _____, teléfono _____, fecha _____
 hago donación de _____ para que, después de mi fallecimiento, pueda
 ser utilizado en la ENSEÑANZA E INVESTIGACION DE LA MEDICINA.

Firma del donante

TESTIGO:

Firma,

TESTIGO:

Firma,

D.N.I. n.º _____

D.N.I. n.º _____