

Ja - niżej podpisany/a

.....
Imię i nazwisko

numer PESEL:

**oświadczam, że rezygnuję z udziału w Programie świadomej donacji zwłok
w Akademii Nauk Stosowanych w Nowym Sączu i wycofuję moją zgodę na
przetwarzanie danych osobowych.**

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis