|  |
| --- |
| **Podávajúci**  Meno, priezvisko:  Dátum narodenia, r.č.:  Adresa trvalého bydliska:    PSČ Obec:  Slovenská republika |

Adresát:

|  |
| --- |
| **Úrad pre dohľad nad**  **zdravotnou starostlivosťou**  **Žellova 2**  **829 24 Bratislava 25** |

|  |
| --- |
| **OZNÁMENIE**  **o odmietnutí pitvy**  podľa § 48, ods. 4 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov |

|  |
| --- |
| Oznamujem, že v prípade môjho úmrtia, odmietam vykonanie pitvy a zároveň vyjadrujem súhlas so spracovaním, evidovaním a archiváciou uvedených osobných údajov v zmysle zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov. |

V ....................................

vlastnoručný podpis

Po vyplnení odoslať na úrad