|  |
| --- |
| **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