



ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΔΩΡΕΑΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΔΟΤΗ: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: _____

ΠΟΛΗ: _____ ΤΚ. _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____

ΚΙΝΗΤΟ: _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: _____

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: _____

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ/ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: _____

Με τη ελπίδα ότι η παρούσα εξουσιοδότηση θα προωθήσει την ιατρική κατανόηση των νευρολογικών παθήσεων, της κατηγορίας των ανοιών και άλλων νευρολογικών νοσημάτων, ο/η υπογεγράμμενος/η

Εξουσιοδοτώ την Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συγγενών διαταραχών, για τη μεταθανάτια αφαίρεση, εξέταση, διατήρηση και χρήση του εγκεφάλου μου προκειμένου να χρησιμοποιηθεί για διαγνωστικούς και ερευνητικούς σκοπούς.

Υπογραφή Δότη

Ημερομηνία