



ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΔΩΡΕΑ 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/οι υπογεγράμμενος/η/οι

(σύζυγος, τέκνο, αδερφός/η, γονιός). Εξουσιοδοτώ την Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συγγενών διαταραχών, για τη μεταθανάτια αφαίρεση, εξέταση, διατήρηση και χρήση του εγκεφάλου του/ της

προκειμένου να χρησιμοποιηθεί για διαγνωστικούς και ερευνητικούς σκοπούς.

Υπογραφή Δότη

Ημερομηνία