**ДЕКЛАРАЦИЯ**

**ЗА**

**ИЗРАЗЯВАНЕ НА НЕСЪГЛАСИЕ ЗА**

**ВЗЕМАНЕ НА ОРГАНИ, ТЪКАНИ И КЛЕТКИ СЛЕД СМЪРТТА**

**попълва се с печатни букви от лицето, деклариращо несъгласие**

Днес долуподписаният:

дата (дд/мм/гггг)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Трите имена (според личната карта, за чужденци - имената на латиница по личен документ)

ЕГН ЛНЧ

Декларирам, че **не съм съгласен** след смъртта ми да бъдат вземани:

(да се посочи: всякакви органи, тъкани и клетки / определени органи, тъкани и клетки)

**Не съм съгласен** след смъртта ми да бъдат вземани органи, тъкани и клетки, за следните цели:

(да се посочи за какви цели: лечебни; диагностични; научномедицински; учебни и преподавателски)

Подпис:

|  |
| --- |
| **Важно:** Всеки дееспособен български гражданин, както и чужденец, пребиваващ продължително, дългосрочно или постоянно в Република България, има право приживе да изрази изрично писмено несъгласие за вземане на органи, тъкани и клетки след смъртта си.  Изразеното несъгласие може да се отнася до определени или всички органи, тъкани и клетки, както и до вземането им за други лечебни, диагностични, научномедицински, учебни и преподавателски цели.   1. Здравноосигурените лица, които са избрали общопрактикуващ лекар попълват и подписват декларацията пред него.   Общопрактикуващият лекар е длъжен да впише незабавно изразеното несъгласие в здравноосигурителната книжка на лицето и в срок до 7 дни да информира писмено директора на съответната регионална здравна инспекция.  2.Лица, които са с прекъснати здравноосигурителни права, не са здравноосигурени или не са избрали общопрактикуващ лекар, попълват декларацията пред длъжностно лице в общината по постоянен адрес.  Декларацията се попълва в два екземпляра, единият остава в декларатора, а другият се изпраща от общината до Изпълнителната агенция „Медицински надзор“ в срок до 7 дни. |