Додаток 2   
до Порядку отримання письмової згоди на вилучення   
з тіла померлої особи анатомічних матеріалів для   
трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів  
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України  
від 12 травня 2021 р. № 457)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(найменування органу (закладу), якому подається заява/  
найменування посади, ініціали (ініціал власного імені) та прізвище   
особи, якій подається заява) (у разі подання заяви в електронній   
формі поле не заповнюється)

ЗАЯВА  
щодо згоди повноважного представника або другого з   
подружжя, або близького родича, або іншого законного представника   
померлої особи, або особи, яка взяла на себе зобов’язання поховати   
померлу особу, на вилучення з тіла померлої особи анатомічних   
матеріалів для виготовлення біоімплантатів

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,що народився (народилася) \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ р.;  
документ, що підтверджує громадянство України, посвідчує особу чи її   
спеціальний статус, або паспортний документ іноземця: серія (за наявності) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ р.;

реєстраційний номер облікової картки платника податків (крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку у паспорті): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

зареєстроване місце проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

місце перебування (із зазначенням адреси): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

стать: чоловіча; жіноча;

контактний номер телефону \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

адреса електронної пошти (за наявності)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

даю згоду на вилучення з тіла померлого (померлої) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності)

що народився (народилася) \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ р., анатомічних матеріалів для цілей виготовлення біоімплантатів.

Я є повноважним представником/близьким родичем/законним представником/особою, яка взяла на себе зобов’язання поховати померлу   
особу (необхідне підкреслити).

Померла особа була моїм (моєю) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(ступінь споріднення з померлою особою)

Я поінформований (поінформована) про те, що взяття анатомічних матеріалів померлої особи проводиться відповідно до Закону України “Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині”.

Цією заявою засвідчую, що я є повнолітньою дієздатною особою. Під час подання цієї заяви на мене не чинився тиск, я не перебуваю у фінансовій чи іншій залежності від будь-яких осіб.

Підписуючи цю заяву, я засвідчую, що маю право відповідно до законодавства надавати згоду на вилучення з тіла померлої особи анатомічних матеріалів для цілей виготовлення біоімплантатів.

Я усвідомлюю, що донорство анатомічних матеріалів здійснюється за принципом безоплатності, у зв’язку з чим нащадки померлого (померлої) не отримають грошової компенсації за вилучені з його (її) тіла анатомічні матеріали для цілей виготовлення біоімплантатів.

Я поінформований (поінформована) про умови та порядок вилучення анатомічних матеріалів для цілей виготовлення біоімплантатів у разі посмертного донорства, встановлені статтею 17 Закону України “Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині”.

Цю заяву підписую, усвідомлюючи значення своїх дій і діючи добровільно без матеріального спонукання та примусу.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис заявника) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заяву отримав |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (найменування посади) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ініціали (ініціал власного імені)  та прізвище) |

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р.”.