

**b) Tiltakozó nyilatkozat visszavonása
(szerv-, szövetátültetéssel kapcsolatosan) ***

Nyilatkozattevő

vezetéckneve:¹

utóneve:²

TAJ száma:

születési dátuma:

születési helye:

anyja leánykori vezetéckneve:

anyja leánykori utóneve:

lakóhelye:³

irányítószám: helységnev:

utca, házsám:

értesítési címe:

irányítószám: helységnev:

utca, házsám:

Kérem, hogy a-n (dátum) tett tiltakozó nyilatkozatomat az Országos Transzplantációs Nyilvántartásból töröljék.

Nyilatkozattétel dátuma:

.....
nyilatkozattevő
aláírása

.....
nyilatkozat felvevő
aláírása⁴

* Nyomtatott nagybetűvel vagy gépelt formában kérjük kitölteni.

¹ Ha hivatalosan több vezetécknevet használ, közöttük kötőjelet kell alkalmazni.

² Ha hivatalosan több utó- vagy keresztnévet használ, közöttük kötőjelet kell alkalmazni.

³ Amennyiben a lakóhely nem azonos az értesítési címmel, kérjük ezt is feltüntetni.

⁴ Az OTNY-nél történő személyes visszavonás esetén az OTNY munkatársának aláírása; háziorvoson keresztül történő visszavonás esetén a háziorvos neve, címe, aláírása, OONY száma, (valamint a rendelő címe és szolgáltatói - 9-jegyű - azonosító száma).