

NOM de naissance.....
NOM usuel.....
PRENOM(S) (ordre de l'état civil).....
NE(E) LE (jour/mois/année)...../...../.....
LIEU DE NAISSANCE **VILLE**.....
CODE POSTAL (si France).....(sinon) **PAYS**.....

JE M'OPPOSE A TOUT DON D'ELEMENTS DE MON CORPS, APRES MA MORT :

- pour soigner les malades (greffe)
 pour rechercher la cause médicale du décès (autopsie, excepté les autopsie judiciaires qui sont obligatoires)
 pour aider la recherche scientifique.

Je souhaite recevoir une confirmation de mon inscription oui non

C'est une demande de modification de ma précédente inscription oui non

ADRESSE.....

VILLE..... **CODE POSTAL**.....

Date...../...../.....

Signature