



Formulaire de don du corps à la science

Formulaire réalisé par la Fédération nationale des unions professionnelles et chambres syndicales des entrepreneurs de pompes funèbres de Belgique a.s.b.l.

Je soussigné(e)

Nom :

Prénoms :

Epoux(se) de :

Né(e) le :

Domicilié(e) à : N° postal :

Rue : N° :

Téléphone n° :

e-mail :

Déclare, par la présente, faire don de ma dépouille mortelle à l'Institut d'Anatomie

Coordonnées de l'institut :

.....

(*) Je désire être inhumé(e) à charge de ma famille au cimetière de

(*) Je désire être incinéré(e) à charge de ma famille

Je désigne comme famille ou personne responsable, après mon décès, des contacts avec

l'Institut : Nom et prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

e-mail :

En signant ce document, je certifie avoir pris connaissance de l'ensemble des prescriptions relatives au don de corps à la Science. Je les approuve et j'atteste également en avoir informé ma famille.

Fait en double exemplaire à :

Le

Signature