



Łódź, dnia ..... 20. ... r.

.....  
*/imię i nazwisko/*

.....  
*/adres zamieszkania/*

**Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa  
Wojewódzkiego Specjalistycznego  
Szpitala im. dr wł. Biegańskiego  
91-347 ul. Kniaziewiczza 1/5**

## PODANIE

Uprzejmie proszę o zwolnienie zmarłej/go w Szpitalu

Pana/Pani..... z sekcji zwłok.

Jednocześnie oświadczam, że rodzina (opiekunowie) **nie zgłasza i nie będzie zgłaszać zastrzeżeń** do procesu diagnostyczno-terapeutycznego i opieki medycznej nad chorą/ym udzielonego w Szpitalu. Przyczyna zgonu jest mi znana.

.....  
*/podpis/*

---

Podanie rodziny (opiekuna) w sprawie zwolnienia z sekcji zwłok zmarłej/go  
Pana/Pani ..... przedstawiam do rozpatrzenia.

Jednocześnie wyjaśniam, że istota choroby i przyczyna zgonu nie budzą wątpliwości.

Łódź, dnia .....

.....  
Pieczętka i podpis Ordynatora/Kierownika Oddziału  
lub upoważnionej osoby