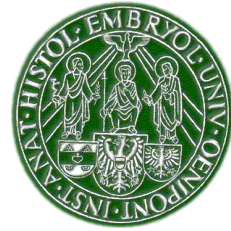


## Sektion Klinisch-Funktionelle Anatomie

Müllerstraße 59  
6020 Innsbruck  
Tel: +43(0)512 9003 71111



# Letztwillige Verfügung

Der/ die Unterzeichnete, ....., stellt hiermit seinen/ihren Körper nach dem Ableben der Sektion für Klinisch-Funktionelle Anatomie der Medizinischen Universität Innsbruck für die Aus- und Weiterbildung von ÄrztInnen und anderem medizinischen Personal, sowie für die wissenschaftliche Forschung und Entwicklung zur Verfügung.

Er/sie bittet seine/ihre Angehörigen sofort nach seinem/ihrer Ableben die Sektion für klinisch funktionelle Anatomie zu verständigen. Die Sektion wird daraufhin die Überführung veranlassen.

Er/sie bestätigt, mit den Regelungen hinsichtlich der Überführung und Beerdigung einverstanden zu sein.

Er/sie erklärt, dass seine/ihre Angehörigen mit dieser letztwilligen Verfügung einverstanden sind.

Name: .....

Geboren am: .....

In: .....

Anschrift: .....

.....

....., am .....

.....

Unterschrift