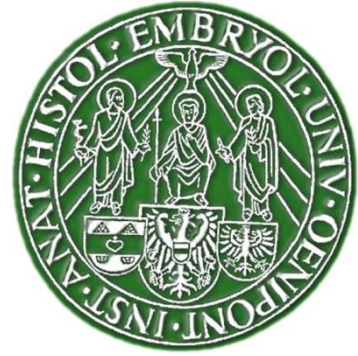


An das
Institut für Klinisch-Funktionelle Anatomie
Medizinische Universität Innsbruck
Müllerstrasse 59
6020 Innsbruck



Letztwillige Verfügung

Ich, der/die Unterzeichnete,, stelle hiermit meinen Körper nach meinem Ableben dem Institut für Klinisch-Funktionelle Anatomie der Medizinischen Universität Innsbruck für die Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie anderem medizinischen Personal, sowie für die wissenschaftliche Forschung und Entwicklung zur Verfügung.

Ich bitte meine Angehörigen sofort nach meinem Ableben das Institut für Klinisch-Funktionelle Anatomie [Telefon: 0664 2616943] zu verständigen. Das Institut wird daraufhin, wenn sich der Körper in einem für die genannten Verwendungszwecke geeigneten Zustand befindet, die Überführung veranlassen.

Ich bestätige, das Informationsschreiben erhalten zu haben und mit den genannten Regelungen hinsichtlich der Überführung und Beerdigung einverstanden zu sein.

Ich erkläre, dass meine Angehörigen mit dieser letztwilligen Verfügung einverstanden sind.

Vor- und Nachname:

Geboren am:

Geburtsort:

Anschrift:
.....

....., am,
(Ausstellungsort) (Datum)

.....
(Unterschrift)