

Vermächtnis zur Körperspende

Ich vermache hiermit meinen Körper nach meinem Ableben der Medizinischen Universität Wien, Zentrum für Anatomie und Zellbiologie zur Heranbildung von Ärztinnen und Ärzten, zur ärztlichen Weiterbildung sowie für die medizinische Wissenschaft.

Ich erkläre hiermit, dass meine Angehörigen mit dieser letztwilligen Verfügung einverstanden sind und nach meinem Ableben das Institut für Anatomie so bald wie möglich verständigen werden.

Weiters erkläre ich mein Einverständnis, dass mein Körper nach Abschluss der Untersuchungen eingäschert wird.

Familienname..... Vorname.....

Geburtsdatum..... Geburtsort.....

Strasse, Hausnummer.....

Postleitzahl..... Wohnort.....

Telefon.....

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Adresse mit !

Ich bestätige mein Einverständnis, den Kostenbeitrag in Höhe von € 450.- für die aus meiner Körperspende entstehenden Kosten umgehend auf das Konto der Medizinischen Universität mittels beiliegendem Zahlschein einzuzahlen. Das Vermächtnis wird erst dann gültig, wenn der Kostenbeitrag entrichtet ist.

Ich verfüge ferner, dass die Asche am Wiener Zentralfriedhof in der Grabstätte der Anatomie beigesetzt wird.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Das Vermächtnis wird bestätigt mit der Verpflichtung, die Verfügung im Sinne des Verstorbenen zu erfüllen.

Wien, am

.....
Für das Zentrum für Anatomie
und Zellbiologie