



¡Hazte Donante!

[illegible]

Firma del donante:

Fecha, de de

Por favor remita este cuestionario a la Coordinación Autonómica de Trasplantes,
Consejería de Sanidad, Pº de Zorrilla nº1, C.P. 47007 VALLADOLID



-Los datos que como titular Vd. facilite únicamente serán cedidos a otros Organismos del Sistema Sanitario y Organismos Oficiales de estadística. Cualquier cesión fuera de las previstas requerirá su previo consentimiento, salvo que se trate de solucionar una urgencia médica o para realizar estudios epidemiológicos en los términos establecidos en la legislación sobre Sanidad Estatal y Autonómica.