

Dirección e información de contacto de la institución emisora:



Declaración del donante

Deberá leer las *Directrices para donantes de órganos vivos en el proceso de evaluación independiente de la Autoridad del Tejido Humano* antes de rellenar el presente formulario de declaración.

Le rogamos que lleve este formulario de declaración cumplimentado a su entrevista con el Evaluador independiente.

Escriba en MAYÚSCULAS con tinta negra.

Su tratamiento: (Por ejemplo, Dr., Dra., D. o Dña.)		
Nombre de pila:	
Apellido(s):	
Fecha de nacimiento:	
Usted es:	El donante	<input type="checkbox"/>
	La persona que otorga consentimiento en nombre del donante	<input type="checkbox"/>

Al firmar en la siguiente casilla, usted confirma que:

- ha leído las *Directrices para donantes de órganos vivos en el proceso de evaluación independiente de la Autoridad del Tejido Humano* al completo y ha tenido la oportunidad de plantear cualquier pregunta al personal de la unidad de trasplantes; y
- no existe ningún pago o recompensa asociados con esta donación y trasplante de órgano.

Su firma:	
Fecha:	