

编号\_\_\_\_\_

# 北京市公民志愿捐献遗体

## 登 记 表

捐 献 人\_\_\_\_\_

受委托人\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_登记接受站

年      月      日

志愿捐献遗体同意书

我志愿将自己的遗体无偿地奉献给祖国医学科学事业，为我国医学教育、科学研究和提高疾病防治能力，贡献自己最后一份力量。为使我的遗愿得以实现，现已征得我亲属的同意和支持，并委托\_\_\_\_\_作为我遗愿的全权执行人。

捐献人签章

年 月 日

捐献人情况：

|                      |     |     |     |
|----------------------|-----|-----|-----|
| 捐献人姓名：               | 性别： | 年龄： | 民族： |
| 身份证号：                |     | 籍贯： |     |
| 工作单位及职业：             |     | 电话： |     |
| 家庭住址：                |     | 电话： |     |
| 健康状况（如患有疾病，请注明疾病名称）： |     |     |     |

亲属代表意见：

经仔细阅读\_\_\_\_\_的志愿捐献遗体同意书并与其当面谈后，我（们）认为他（她）的志愿是高尚的，我（们）郑重地表示尊重他（她）的遗愿，并保证在他（她）逝世后及时通知委托执行人，无条件地执行其遗愿。

签 章

年 月 日

同意捐献人意见的亲属或挚友登记签名：

| 与捐献人<br>关系 | 姓 名 | 性 别 | 年 龄 | 工作单位<br>或住址 | 电 话 | 签 名 |
|------------|-----|-----|-----|-------------|-----|-----|
|            |     |     |     |             |     |     |
|            |     |     |     |             |     |     |
|            |     |     |     |             |     |     |
|            |     |     |     |             |     |     |
|            |     |     |     |             |     |     |

执行人（受委托人）：

| 与捐献人<br>关系 | 姓 名 | 性 别 | 年 龄 | 工作单位<br>或住址 | 电 话 | 签 名 |
|------------|-----|-----|-----|-------------|-----|-----|
|            |     |     |     |             |     |     |
|            |     |     |     |             |     |     |

注：

- 1.执行人可委托直系亲属、家属或亲友代表，以及工作单位或居委会干部等担任。
- 2.志愿捐献遗体者逝世后请尽快通知登记接受站，商量有关具体接受事宜。
- 3.将有关部门出具的“死亡证明”连同有关的“遗嘱”交登记站。

登记接受站意见：

签 章

年 月 日

公证情况：

说 明

- 1. 在办理公证时请携带本人志愿遗体捐献登记表、户口簿、身份证及受委托人身份证。
- 2. 本表一式四份,北京市红十字会、捐献人、执行人、登记接受站各一份。
- 3. 北京市志愿捐献遗体工作由北京市红十字会捐献服务中心承担。

联系电话：010-63947234

- 4. 登记接受站地址：

首都医科大学： 北京市丰台区右安门外西头条 10 号

联系电话：010-83911443                      13693207317

北京协和医学院：北京市东城区东单三条 9 号

联系电话：010-69156975                      13501100862

北京大学医学部：北京市海淀区学院路 38 号

联系电话：010-82802466                      15810955403

北京中医药大学：北京市房山区良乡高教园区

联系电话：010-53912057                      13910356380