

KEINE Organspende

VE+P

Verfügung

Name, Vorname

Geburtsdatum

Strasse

PLZ, Wohnort

Ich sage **NEIN** zur Entnahme von Organen, Zellen oder Geweben.

Unterschrift

Meine Vertrauensperson

Name, Vorname

Strasse

PLZ, Wohnort

Tel. Nr.

Mein Hausarzt

Name, Vorname

Tel. Nr.

VE+P Postfach 16, 8514 Bissegg Tel. **071 977 32 44**