

## DOCUMENTO DE DONACIÓN DE TEJIDO CEREBRAL

### DATOS DE LA PERSONA DE CONTACTO

Por favor, envíenos esta hoja con los datos completos para que nos podamos poner en contacto con esta persona en el futuro, una vez realizada la donación.

Le agradecemos igualmente que nos comunique cualquier cambio que se produzca en estos datos de contacto.

1º Apellido:	_____
2º Apellido:	_____
Nombre:	_____
Dirección:	_____
Población y C.P:	_____
Provincia:	_____
DNI:	_____
Fecha de nacimiento:	____ / ____ / ____
Telf. de contacto:	_____ / _____
Correo electrónico:	_____
Fecha de solicitud:	____ / ____ / ____