

DOCUMENTO DE DONACIÓN DE TEJIDO CEREBRAL

DATOS DEL DONANTE

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

¿Padece alguna enfermedad neurológica? ¿Cuál?

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