ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
_____ № _____

Щорічний звіт про діяльність закладу, який надає анатомічні матеріали

Повне найменування закладу, який надає анатомічні матеріали: _____,
Місцезнаходження закладу, який надає анатомічні матеріали: _____,
Код за ЄДРПОУ: _____, контактний номер телефону _____, адреса електронної пошти (за наявності) _____, номер факсу (за наявності) _____.
Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) уповноваженої особи з якості закладу, який надає анатомічні матеріали: _____ _____.

Анатомічні матеріали, вилучені у донора-трупа	**Звітний період _____ рік**			
	Кількість вилучених анатомічних матеріалів	**Виробники біоімплантатів, яким надано анатомічний матеріал для виготовлення біоімплантатів**		**Кількість утилізованих анатомічних матеріалів**
		Найменування виробника біоімплантатів	**Кількість наданих анатомічних матеріалів**	
Тканини опорно-рухового апарату				

Серцево-судинні тканини				
Інші тканини				
Фетальні матеріали				

_____ (прізвище, ім’я, по батькові (за наявності) керівника закладу, який надає анатомічні матеріали)

_____ (підпис)

_____ (дата)

Генеральний директор
Директорату високотехнологічної
медичної допомоги та інновацій **Василь СТРІЛКА**