

Data *giorno/mese/anno*

Io sottoscritto *Nome Cognome*

nato a *Nome/Città* il *giorno/mese/anno*

e residente in *Nome Città e Indirizzo*

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali,

con il presente testamento revoco ed annullo

ogni mia precedente disposizione, e nomino

mia erede universale l'associazione

Medici Senza Frontiere

Firma *Nome Cognome*