

Prohlášení o udělení souhlasu k nakládání se zamrazenými oocyty (likvidaci)

Jméno a příjmení pacientky:

Datum narození /rodné číslo (je-li přiděleno):

Identifikační číslo pacienta (je-li přiděleno):

Číslo občanského průkazu/pasu:

štítek pacientky

Pacientka má u zdravotnického zařízení ISCARE a.s. uložené zamrazené oocyty (vajíčka).

Prohlášení pacientky o udělení souhlasu:

Já, níže podepsaná, tímto žádám společnost ISCARE a.s., se sídlem Českomoravská 2510/19, Praha 9, 190 00, IČ 61858366, aby zajistila znehodnocení oocytů, které mám u této společnosti zamrazené a uchované.

Pacientka tímto uděluje zdravotnickému zařízení souhlas s likvidací zamrazených oocytů.

Dokument je platný pouze po identifikaci dle průkazu totožnosti při podpisu v ISCARE a.s. nebo s úředním ověřením podpisu.

V _____ dne:

Podpis pacientky:

Identifikaci pacientky při podpisu ve zdravotnickém zařízení za ISCARE a.s. provedl (jméno, příjmení a podpis odpovědného pracovníka):