

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

Jméno a příjmení pacienta:

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

Identifikační číslo pacienta (je-li přiděleno):

Číslo občanského průkazu/pasu:

štítek pacienta

Pacient má u zdravotnického zařízení ISCARE a.s. uloženy zamrazené spermie.

Prohlášení pacienta o udělení souhlasu:

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

Pacient tímto uděluje zdravotnickému zařízení souhlas s likvidací zamrazených spermií.

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

V _____ dne:

Podpis pacienta:

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