**KLINICKÉ CENTRUM ISCARE**
ISCARE a.s., Českomoravská 2510/19, 190 00 Praha 9 - Libeň, IČO 61858366
T: +420 234 770 100 / E: iscare@iscare.cz / www.iscare.cz

# Dichiarazione di consenso alla manipolazione di ovociti congelati (liquidazione)

**Nome e cognome della paziente:** .....

**Data di nascita / codice anagrafico (ove assegnato):** .....

**Numero di identificazione del paziente (ove assegnato):** .....

*štítek/etichetta*

**Carta d´identitá o passaporto:** .....

La paziente ha presso la struttura medica ISCARE a.s. conservati gli ovociti congelati.

**Dichiarazione della paziente di approvazione**:

Io sottoscritta con la presente chiedo alla società ISCARE a.s., con la sede a Českomoravská 2510/19, 19000 Praha 9, Ič 61858366, la liquidazione degli ovociti i quali ho conservati e congelati presso questa società.

La paziente con la presente dá il consenzo alla struttura medica di liquidare ovociti congelati.

**Questo documento assume la validità soltanto dopo l´identificazione con il documento di identità e la firma personale presso la ISCARE a.s., oppure con la firma ufficialmente verificata.**

***A Praga il:***

***Firma della paziente:***

***Identificazione della paziente nel momento di firmare il consenso ha fatto (nome, cognome e firma del dipendente responsabile):***