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 spermatozoi congelati (liquidazione)

Nome e cognome del paziente: .....

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

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

štítek/etichetta

Carta d´identitá o passaporto: .....

Il paziente ha presso la struttura medica ISCARE a.s. conservati gli spermatozoi congelati.

Dichiarazione del paziente di approvazione:

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

Il paziente con la presente dá il consenso alla struttura medica di liquidare spermatozoi congelati.

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

A _____ il:

Firma del paziente:

L´identificazione del paziente nel momento di firmare il consenso al centro clinico ISCARE a.s. ha fatto (nome, cognome e firma del dipendente responsabile):