



**Centro di Sterilità e Infertilità**  
Casa di Cura Ospedale Internazionale  
Via Tasso 38- 80121 Napoli  
**P.IVA 07964870633**

## Conferma d'intenti per Embrioni

Id \_\_\_\_\_

Nome paziente:	Nome coniuge:
Data Congelamento:	
Numero di Embrioni Congelati:	
Noi sottoscritti:	
(Donna) _____, nata a _____ il _____	
(Uomo) _____, nato a _____ il _____	
domiciliati in _____	
via _____ n° _____ CAP _____	
Tel _____ e-mail _____	
abbiamo intenzione di:	
<input type="checkbox"/> Conservare congelati gli embrioni per un eventuale impianto futuro. Ci impegniamo pertanto a sostenerne le spese di mantenimento (254€ all'anno).	
<input type="checkbox"/> Non conservare gli embrioni congelati. Rinunciamo pertanto al futuro impianto di tali embrioni, dichiarandoli "abbandonati".	
Data _____	Il presente impegno ha validità fino a _____
Firma Donna _____	Firma Uomo _____
Firma del responsabile _____	