



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

Conferma d'intenti per gameti congelati

Id _____

Nome paziente:

ovociti spermatozoi

Data Congelamento/Trasferimento:

Il/La sottoscritto/a:

_____, nato/a a _____

il _____ domiciliato/a a _____

CAP _____ alla via _____

Tel _____ e-mail _____

ha intenzione di:

Conservare congelato il campione per un eventuale utilizzo personale futuro. Mi impegno pertanto a sostenerne le spese di mantenimento (254 € all'anno). Inoltre allo scadere di ogni anno dalla data di congelamento (o trasferimento del campione congelato) **sarà mia premura** contattare il Centro e corrispondere le spese di mantenimento annuale. In caso contrario, oltre tale data, il Centro provvederà ad **eliminarlo secondo le norme vigenti**.

Non conservare il campione congelato ed eliminarlo secondo le norme vigenti

Data _____ Il presente impegno ha validità fino a _____

Firma _____

Firma del responsabile della struttura _____