



MOD-116-MPO-MED

**CONSENSO INFORMATO ALLO SCONGELAMENTO DI
SOSPENSIONE SEMINALE**

Revisione n° 0
Data di emissione:
28 giugno 2018

N° DI CARTELLA CLINICA.....

Io sottoscritto.....

richiedo lo scongelamento di una aliquota di sospensione seminale di mia proprietà crioconservato presso il Vostro Centro ed **autorizzo** con la presente i Biologi del laboratorio PMA **allo scongelamento in data.....** del numero di cryotubes da Loro ritenuto idoneo all'impiego di tecniche di procreazione medicalmente assistita.

Dichiaro di essere stato informato che il costo di questo trattamento è pari a euro 250,00

Torino,

In fede

Firma paziente

Si ricorda che è indispensabile segnalare la data prevista per lo scongelamento seminale al fine di evitare qualsiasi disservizio.



PROMEA S.p.A Day Surgery
Direttore Sanitario: Prof.ssa Elsa Margaria
Struttura privata e accreditata S.S.N.Regione Piemonte
D.G.R.104-4642 del 26/11/01 - D.G.R.66-7447 del 21/10/02
Via Menabrea 14 10126 Torino - Tel. 011 66 40 800 Fax 011 66 40 842
info@promea.net www.promea.net