



CONSENSO SCONGELAMENTO DEL LIQUIDO SEMINALE/TESSUTO TESTICOLARE

ID paziente _____

Io sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

autorizzo il personale di Laboratorio di PMA della Casa di Cura Privata Nuova Villa Claudia a scongelare il mio liquido seminale congelato il _____ presso _____ per un ciclo di PMA.

Il numero di paillettes/ vials da scongelare sarà a discrezione del personale biologico dipendendo dalla qualità del campione allo scongelamento e/o dal numero di ovociti da inseminare.

Si allega fotocopia del documento di identità.

Data _____

Firma _____