

ROZHODNUTÍ O DALŠÍM NAKLÁDÁNÍ S KRYOKONZERVOVANÝMI OOCYTY

Klientka	Identifikace
Jméno:	OP:
Rodné číslo:	PAS:
Adresa:	Identifikoval:
	Razítko, podpis zdravotnického pracovníka (ARLETA, Klinika reprodukční medicíny)
	Dne:
	(datum identifikace)

1. POUČENÍ

Vážená klientko,

rádi bychom Vám oznámili, že k datu končí Vámi předplacená lhůta skladování zamrazených (dále jen „kryokonzervovaných“) oocytů.

Z uvedených možností vyberte, prosím, **jednu** variantu (1. nebo 2.) a zřetelně ji označte **křížkem**. **Vyplněný a podepsaný** formulář zašlete poštou nebo doručte osobně zpět.

☐ 1. Žádám, aby mé kryokonzervované oocyty byly i nadále uchovávány v laboratoři ARLETA IVF, s.r.o., neboť v budoucnu počítám s jejich případným použitím. Beru na vědomí, že za skladování kryokonzervovaných oocytů je nutné uhradit roční poplatek 2500,- Kč . Poplatek můžete uhradit: a) hotovostně v recepci společnosti; b) bezhotovostně bankovním převodem na účet č. 3853724389/0800 , variabilní symbol: rodné číslo , konstantní symbol: 0308 .
☐ 2. Žádám, aby mé kryokonzervované oocyty byly znehodnoceny, neboť v budoucnu nepočítám s jejich použitím. Beru na vědomí, že pro znehodnocení kryokonzervovaných oocytů je nutno podpis nechat úředně ověřit nebo tento formulář podepsat po předložení platného dokladu v recepci společnosti ARLETA IVF, s.r.o.

2. PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji:

- že jsem způsobilá k právním úkonům bez jakéhokoliv omezení.
- že jsem si tento souhlas řádně přečetla a prostudovala a prohlašuji, že jsem porozuměla poskytnutým informacím, měla jsme možnost klást otázky a dostalo se mi uspokojivých odpovědí.
- že v případě dalšího uchovávání (bod 1.) budu neodkladně písemně informovat společnost o případných změnách (bydliště, kontaktní telefon atd.).
- že všechny mnou poskytnuté informace jsou úplné a pravdivé, byly uvedeny podle mého nejlepšího vědomí a svědomí:

V

dne:

.....

Podpis klientky