

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p>	<p>INFORMATIVA PER CRIOCONSERVAZIONE DI GAMETI FEMMINILI</p> <p>MO. 127. OCT. DMI. FIR.</p>	<p>Rev. 00</p> <p>del 31/01/2014</p> <p>pag 1 di 1</p>
<p>Dipartimento Materno Infantile</p> <p>U.O. Fisiopatologia della Riproduzione</p>		

Gentile Sig.ra _____,

in data _____ sono stati crioconservati presso il nostro centro n° _____ ovociti.

Come da accordi intercorsi al momento del congelamento, le ricordiamo che il consenso da Lei firmato ha validità di 1 (uno) anno e deve essere rinnovato per il mantenimento del materiale.

La preghiamo pertanto, dopo un anno dalla data del congelamento, di contattare la segreteria al numero 0541/966391 per fissare un appuntamento per la firma del mantenimento in presenza di un medico

Per eventuali chiarimenti telefonare allo 0541/966391 dalle 9.30 alle 12.30 o dalle 14 alle 14.30