**ЗАЯВЛЕНИЕ НА УТИЛИЗАЦИЮ ЭМБРИОНОВ**

**к договору №** [**\_\_\_\_\_\_\_\_**](medwork://script/?SQL(%22select%20CardNum%20from%20patient%20where%20id=%22+PatNo))

Мы,

[**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**](medwork://script/?iif(PatSex=%22F%22,patfullname,sql(%22select%20top%201%20dbo.fnpatfullname(relpatid)%20from%20dbo.fnRelations%20(%22+patno+%22)%20where%20name='%22+iif(PatSex=%22M%22,%22жена%22,%22муж%22)+%22'%22))) **,**

[**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**](medwork://script/?iif(PatSex=%22M%22,patfullname,sql(%22select%20top%201%20dbo.fnpatfullname(relpatid)%20from%20dbo.fnRelations%20(%22+patno+%22)%20where%20name='%22+iif(PatSex=%22M%22,%22жена%22,%22муж%22)+%22'%22)))**,**

Просим произвести уничтожение наших **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(количество эмбрионов) (номера эмбрионов после ПГТ)

криоконсервированных эмбрионов, полученных в программе от

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(даты программ)

Нам разъяснен порядок и последствия уничтожения криоконсервированных эмбрионов.

Мы подтверждаем, что внимательно прочли(а) и поняли всю информацию о данной процедуре, предоставленную нам сотрудниками клиники «Нова-клиник» (ООО «МедИнСервис), и имели(а) возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные нам вопросы в этой области. На все заданные вопросы мы получили(а) удовлетворившие нас ответы. Наше решение является свободным и представляет собой информированное согласие на проведение данной процедуры*.*

Адрес и/или телефон, по которым клиника«Нова-клиник» (ООО «МедИнСервис») может сообщить важную для нас информацию: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)