

RICHIESTA DELLA TERMINAZIONE DELLA CRIOSONSERVAZIONE DI EMBRIONI

Chiediamo la cessazione della crioconservazione dei numero nostri embrioni per la data

.....

La nostra decisione è irrevocabile. Siamo pienamente consapevoli di tutte le conseguenze della nostra decisione.

Il nome della partner femminile:

Data di nascita:

Firma:

Il nome del partner maschile:

Data di nascita:

Firma:

A il