

Tarih:..../..../.....

.....HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

Hastaneniz Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi'nde.....tarihinden itibaren dondurulmuş halde saklı tutulan gonad doku/hücrelerimin imha edilmesini istiyorum.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Adı Soyadı	
Doğum Tarihi	
T.C. Kimlik No	
İkametgah Adresi	
Ev Telefonu	
Cep Telefonu	
İmza	