

Souhlas se sdělením výsledku vyšetření.

Níže podepsaný pan:....., rodné číslo:

....., zdravotní pojišťovna:.....

....., dávám písemný souhlas k tomu, aby
MUDr. Milan Šuják, IČ : 288 12 255, Stom-Gyn s.r.o., sdělil
výsledek vyšetření mého nativního spermiogramu mé
partnerce:

....., rodné číslo:.....,

zdravotní pojišťovna.....

Dne:.....

Podpis:.....