

SELECCIÓN DE DONANTE PARA TRATAMIENTO DE OVODONACIÓN

Yo: _____ RUT: _____

Yo: _____ RUT: _____

Mediante el presente documento escogemos como donante para nuestro tratamiento de ovodonación en SG Fertility Chile a:

Código de donante: _____

Fecha de selección: _____

Firma paciente

Firma pareja.