

Angajament plata in cazul punctiei ovocitare albe - MODEL

Subsemnatii

_____ identificat prin CNP _____ si CI

(nume si prenume)

serie ___ numar _____

si

_____ identificat prin CNP _____ si CI

(nume si prenume)

serie ___ numar _____

ne angajam ca in situatia punctiei ovocitare albe (absenta ovocitelor in foliculii ovarieni) sa suportam costurile procedurii FIV desfasurate in cadrul Clinicii Vivamed la tarifele practicate de aceasta, disponibile pe pagina web a clinicii.

Nume/Prenume/Semnatura

Nume/Prenume/Semnatura

Data: _____