

DECLARAȚIE DE CONȘIMȚĂMÂNT PRIVIND ACORDUL PENTRU SCREENINGUL NEONATAL METABOLIC EXTINS

Subsemnata/subsemnatul.....,
având CNP.....,
domiciliat(ă) în.....,
având nr. de telefon ,
îmi dau acordul pentru prelevarea probei pentru screeningul metabolic extins pentru copilul meu,
cu numele de
născut(ă) în data de, sex: masculin feminin

Rezultatul vreau să-l primesc prin

- email
- poștă pe adresa
- ridicare personală de la clinica Promedical Center Cluj-Napoca sau Pro-Vitam Sfântu-Gheorghe

Data:

Semnătura:

