



LISTA DI CONTROLLO / DONATORE

- Questionario salute.
 - Copia di C.I o passaporto.
 - Test per HIV I/ II
 - VDRL
 - Epatite B e C
 - Elettroforesi di emoglobina (Hb elettrophoresis)
 - Mutazioni fibrosi cistica
 - Cariotipo
 - Gruppo sanguigno ABO/ Resus
- I risultati devono essere degli ultimi 6 mesi.
- Concetto (materiale) informativo completo.

LISTA DI CONTROLLO / RICEVENTE E PARTNER

- Consenso
- Copia di C.I. o passaporto
- Test per HIV I // II
 - VDRL
 - Epatite B e C

Ricevente (solo): Rubella IgM/ Ig G

Partner (solo): Analisi dello sperma
Mutazioni obrosi cistica
Elettroforesi di emoglobina (Hb eletrophoresis)

I risultati devono essere degli ultimi 6 mesi.

Ricevuta di deposito del 50% del costo totale il giorno dell' inizio del trattamento.

Il pagamento totale può essere seguito il giorno dell' acquisto dell' ovulo.

La ricevuta del pagamento deve essere fatta e timbrata dalla banca.

In caso della cancellazione (sospensione) del ciclo si paga il 30% del costo totale.
(Il 20% del costo totale che è stato depositato si restituisce).

In caso di annullamento per ragioni OVUM a qualunque stadio del trattamento il costo totale del pagamento ricevuto si restituisce.