

SOLICITANTE			
Nombre instituto	FERTILAB		
Domicilio	4811-7575		
Localidad	CABA		
Fecha de emisión	Día	Mes	Año
Médico solicitante			

DATOS DEL AFILIADO/ PACIENTE			
Nombre y apellido			
Tipo y número de documento		Edad	
Domicilio			
Localidad			
Teléfono			

Obra social/ prepaga			
Número de afiliada/o		Plan	

SERVICIO SOLICITADO
Muestra de semen de donante

PAGO DE MUESTRA (marcar lo que corresponda)	
Abona FERTILAB a CRYOBANK	<input type="checkbox"/>
Paciente particular	<input type="checkbox"/>

PAGO DE ENVÍO (marcar lo que corresponda)	
Abona FERTILAB a CRYOBANK	<input type="checkbox"/>
Paciente particular	<input type="checkbox"/>
Retira la muestra por CRYOBANK	<input type="checkbox"/>

Firma y aclaración representante de FERTILAB	Firma y aclaración del afiliado/ paciente
--	---

La presente es una autorización para fines puramente administrativos.
La misma debe ser presentada por el/la afiliado/a en la entrevista en Cryobank
ya firmada por el instituto solicitante (Fertilab).