

16.1 BIOCELL potrà agire indifferentemente nei confronti dell/i genitore/i o di altri ai sensi del punto 1.2 delle premesse per ottenere l'integrale adempimento.

17. Comunicazioni e Foro competente

17.1 Tutte le comunicazioni riguardanti il presente contratto dovranno essere rese in forma scritta, secondo le modalità di volta in volta specificate, per quanto riguarda BIOCELL presso la sede legale, per quanto riguarda il/i genitore/i presso l'indirizzo di cui alle premesse. E' escluso ogni obbligo di comunicazioni non espressamente previste, salvo in caso di modifica delle condizioni contrattuali per le quali BIOCELL è tenuta a darne opportuna comunicazione attraverso la pubblicazione sul proprio sito internet.

17.2 Il presente contratto è subordinato alla legge italiana e a quella del Massachusetts. In caso di controversie il Foro competente è quello di Boston (MA).

18. Riservatezza

18.1 Le Parti prendono atto che tutte le informazioni riguardanti il presente contratto sono di natura riservata. BIOCELL adotterà tutte le misure necessarie al fine di mantenere riservate dette informazioni, salvo i casi in cui la normativa in materia disponga diversamente.

18.2 Ai sensi del D.Lgs. 196/2003, autorizzo il trattamento dei miei dati personali, anche mediante la cessione degli stessi a terzi, per le finalità del contratto in essere e affini.

Luogo: Data FIRMA DELLA MADRE:
BIOCELL CENTER Corp FIRMA DEL PADRE:

A norma degli art. 1341 e 1342 c.c. le parti, previa lettura delle clausole incluse nel presente contratto e rilettura dei punti 3,5,6,7,9,10,11,13,14, dichiarano espressamente di approvarle.

DATI DELLA MADRE

Cognome e Nome: Data di Nascita:
Via/Piazza: CAP: Città: Paese:
Telefono: E-mail:

DATI DEL PADRE

Cognome e Nome: Data di Nascita:
Via/Piazza: CAP: Città: Paese:
Telefono: E-mail:

DATI DEL GINECOLOGO CURANTE

Cognome e Nome: Data di Nascita:
Via/Piazza: CAP: Città: Paese:
Telefono: E-mail:

DATI DEL CENTRO DOVE SI EFFETTUA LA VILLOCENTESI

Denominazione:
Via/Piazza: CAP: Città: Paese:
Telefono: E-mail:

Prevista data della Villocentesi: Allegata copia degli esami sierologici richiesti? SI NO

Settimana gestazionale alla data della Villocentesi: Osservazioni:

CONSENSO INFORMATO

da inviare via fax al n. 0331.367321 o via mail a: info@biocellcenter.it

La Sottoscritta:
Nata a: Il
Residente in:
Codice Fiscale:
Coniugata/Convivente con il Sig.
Nato a: Il

dichiara con la presente di essersi rivolta spontaneamente alla struttura della BIOCELL CENTER e di aver depositato presso tale struttura il proprio campione residuo di villo coriale per la crioconservazione secondo le condizioni e con le autorizzazioni concesse ai sensi del presente contratto.

Luogo: Data: FIRMA LEGGIBILE: