



致_____，

關於冷凍及儲存*配子 / 胚胎事宜

現通知閣下在本院之生殖醫學中心所冷凍及儲存的*配子 / 胚胎，將於_____ (日/月/年)屆滿。

若閣下繼續儲存，本院將會收取費用共港幣\$_____，新的儲存期為_____ 至_____ (日/月/年)止。

請填妥以下之續期通知書並寄回或交回本中心；如選擇續期，請連同支票一併寄回或交回，支票抬頭為“Union Medical Centre Limited”。

請注意：若本中心未能在儲存期屆滿前收到閣下的續期通知書及費用，本中心可根據閣下於_____ (日/月/年)在「冷凍及儲存*配子 / 胚胎同意書」所簽訂的指示處置閣下的*配子 / 胚胎。

如有任何疑問，請致電以下中心查詢：

- 仁安生殖醫學中心 (電話: 2608 3363)
- 仁安醫院尖沙咀生殖醫學中心 (電話: 2986 1133)

仁安生殖醫學中心謹啟

***配子 / 胚胎續期通知書**

本人_____，身份證明文件號碼為：_____謹此通知並授權仁安生殖醫學中心根據本人以下的意願，處理本人之*配子 / 胚胎 (儲存編號_____)。

- 本人決定申請續期冷凍及儲存
 - 配子：_____年 費用港幣\$_____ (由_____至_____止)
 - 胚胎：_____年 費用港幣\$_____ (由_____至_____止)
- 本人決定終止儲存*配子 / 胚胎 [附上棄置儲存同意書(見附頁)]
- 本人決定終止儲存*配子 / 胚胎並把終止儲存之*配子 / 胚胎捐贈予仁安生殖醫學中心作品質控制及/或培訓用途。本人明白所終止儲存之*配子 / 胚胎並不會被使用作其他用途，且在使用後將會被立即銷毀。

簽署：_____

姓名：_____

日期：_____

(請用正楷填寫)

註：*請刪除不適用者 請在適當加