



ACCORDO DI RISERVATEZZA

Per favore compilate, firmate e rispedito via fax, email o posta ai recapiti sopra indicati.
Il sottoscritto, con l'eccezione dei membri della propria famiglia, si impegna a non rivelare ad alcuno e a non utilizzare in nessun modo le informazioni fornite da Conceptual Options, ivi inclusi ma non limitatamente a: termini dei contratti, costi, compensi, procedure, tempistiche, fonti, nomi di parti terze, dati completi o parziali della lista di donatrici e/o di madri surrogato di Conceptual Options, colloqui con persone presentate o impiegate per rispondere alle necessità del Cliente. Non rivelerà tali informazioni confidenziali senza specifica autorizzazione scritta di Conceptual Options.

Data _____ Firma _____
(scrivere di seguito in stampatello per favore)

Nome e Cognome _____

Nome e Cognome del Partner _____

Via _____ Città _____

Tel.: _____ Fax: _____ email _____

Servizi Richiesti

- | | |
|---|----------------------------------|
| _____ Madre Surrogata Gestazionale | _____ Donatrice di Ovuli |
| _____ Madre Surrogata Tradizionale | _____ Donatrice di Ovuli e Madre |
| _____ Incerto, consigliatemi per favore | _____ Surrogata Gestazionale |

Quando vorrebbe cominciare il programma? _____
(Per es.: immediatamente, 1-2 mesi, quest'anno, ecc.)

Come ci ha scoperto? Amici / Medici / Google / Yahoo / MSN / Altri
(per favore indicate una voce con un circolo)

Se siete stati indirizzati da medici, amici o da un'altra persona, per favore indicateci i cosicché possiamo ringraziarli:

—