

CONSENT FOR INFORMATION SHARING

We have been referred for infertility/ICSI treatment at _____
(clinic name & address) by Dr. _____ We give consent to
share details of our treatment with above mentioned doctor.

हमें डॉ. _____ द्वारा
_____ (क्लिनिक का नाम & पता) में व्यंघाव / इक्सी
(ICSI) के उपचार के लिए भेजा गया है, हम उपर्युक्त डॉक्टर को हमारे उपचार की माहिती देने के लिए
सहमति देते हैं।

	Name / नाम	Sign/ हस्तावार	Date / नारीख	Time/समय
Female Partner / पति				
Male Partner / पति				
Doctor/ डॉक्टर			Witness Address:	
Witness / साक्षी			Clinic Address:	