

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

**relativo ao transporte de gâmetas ou embriões entre Centros nacionais  
pelo(s) beneficiário(s)**

Eu/nós, abaixo assinada/o/s, declaro/declaramos que assumo/assumimos a total  
responsabilidade pelo transporte do meu/nosso material biológico  
(espermatozoides /ovócitos/ embriões) (riscar o que não se aplica) entre os Centros  
\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_.

Nome do(s) Beneficiário(s):

\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

N.º de Identificação Civil/Passaporte: \_\_\_\_\_

Nome (a preencher quando se trate de um casal):

\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

N.º de Identificação Civil/Passaporte: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_.