

Je soussigné,

Nom :	Prénoms :
Née le : Lieu :	Nationalité :
Tel (GSM) :	Mail) :

Déclare être marié depuis (date) : _____

Je demande et donne mon accord pour que mon sperme et / où tissu testiculaire congelé soit décongelé dans le cadre d'un cycle de traitement de PMA.

Fait à _____, le/...../.....

Monsieur (conjoint) Précédé de la mention "lu et approuvé"

ATTENTION :

- Votre cycle ne pourra commencer que si le Centre est en possession du présent formulaire entièrement complété, daté et signé.
- Le jour du transfert, il est indispensable de présenter une pièce d'identité récente et que les deux membres du couple soient présents. En cas d'absence du conjoint une autorisation signée est requise.

<u>Partie a compléter par le laboratoire le jour du transfert</u>	
Vérification d'identité	par