

Je soussigné,

Monsieur Nom :	Prénoms :
Née le :	Lieu de naissance :
CIN / Passeport No. :	Nationalité :
Tel (GSM) :	Mail :

Atteste par la présente que pour des raisons personnelles, je suis contraint d'émettre le sperme à mon domicile et de le faire acheminer directement au centre par mes propres moyens.

J'autorise le centre à utiliser ce sperme pour le programme AMP en cours.

Fait à _____, le/...../.....

Signature

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

FERTINORD
FERTILITY CLINIC