

Hôpital de la CITADELLE
Boulevard du XII^{ème} de Ligne, 1
4000 Liège - Belgique
Tel +32 4 321 65 75
Fax +32 4 321 66 57
Web <http://www.cpma-ulg.be>

CONVENTION DE RESERVATION DE PAILLETES D'UN DONNEUR DE SPERME

Je (Nous) soussigné(e)(s),

Madame

Monsieur,
Madame,

NOM

PRENOM

Date Naissance

DOMICILE : Rue..... N°

Code postal :..... Ville..... Pays :

Adresse mail@.....

I. Certifie(ons) :

1. Avoir été dûment informé(e)(s), de manière extensive, des conditions relatives à la réservation de paillettes de donneur de sperme et notamment :
 - o Qu'une demande de réservation de paillettes de donneur peut être effectuée soit à la suite d'une grossesse survenue avec ce donneur, soit pour prolonger la conservation de paillettes de donneur déjà réservée, soit pour assurer la conservation de paillettes d'un donneur connu dirigé (et ce, dès le jour de la première congélation) ;
 - o Que la demande de réservation de paillettes du donneur de sperme ayant permis l'obtention d'une grossesse ne peut être introduite qu'après la 26^{ème} semaine (6 mois) de la grossesse issue de ce traitement. Cette réservation n'est applicable que dans la mesure où le stock de paillettes disponibles est suffisant. Par ailleurs, au cours du temps, une altération des processus de cryopréservation peut survenir dans diverses circonstances sans que le CPMA ne puisse en être tenu responsable ;
 - o Que le nombre de paillettes à réserver est laissé à mon (notre) appréciation mais ne peut excéder celui nécessaire à la réalisation de 6 cycles de traitement. La réservation est valable pour une période de DEUX (2) ans. Les frais de réservation s'élèvent à 390€ pour une période de deux ans ;
 - o Qu'à l'expiration de la première période de 2 ans, cette convention peut être prolongée pour une période de deux années supplémentaires. La demande de prolongation est à adresser par mail à don.cpma@citadelle.be et ne sera effective qu'à la réception du montant de 390 € couvrant les frais de prolongation de conservation. En l'absence de tout courrier ou du versement des frais de prolongation dans les 60 jours suivant l'expiration de la convention, en cas de séparation des auteurs du projet parental ou du décès de l'un d'eux, les paillettes de sperme seront remises à disposition des autres couples traités au CPMA ou détruites selon ma (notre) décision indiquée dans la présente convention ;
 - o Que ces paillettes ne pourront en aucun cas être transférées dans une autre banque de matériel corporel humain et ne seront en aucun cas remboursées.
 - o Que nous avons lu et compris le document informatif concernant FERTIDATA qui permet le respect de la loi concernant la limitation à 6 fratries pour un donneur de gamètes : « Informations par rapport au traitement des données à caractère personnel dans la base de données visée aux articles 35, § 2 et 64, § 2 de la loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes ».
2. Avoir compris l'ensemble de ces informations et les avoir jugées suffisantes pour me (nous) permettre de prendre une décision responsable et fondée, après un délai de réflexion.

II. Sollicite(ons) :

1. Le Centre de Procréation Médicalement Assistée (CPMA) pour **(cochez votre choix)** :
 - Une demande de réservation de paillettes de sperme d'un donneur à l'origine d'une grossesse ou d'un enfant ;
 - Une prolongation de réservation de deux ans des paillettes déjà réservées préalablement au CPMA ;
 - Une conservation de paillettes d'un donneur connu dirigé (390 euros tous les deux ans à dater de la première congélation).
2. En cas de non-paiement au terme des deux années de conservation, ou en cas de séparation ou de décès de l'un des membres de notre couple, je (nous) souhaite(ons) que les paillettes réservées soient **(cochez votre choix)** :
 - Détruites
 - Gracieusement cédées au CPMA, pour autant que celui-ci puisse les utiliser.

En l'absence de décision de votre part concernant ce devenir, le CPMA se réserve le droit, à l'issue du délai de réservation, de détruire les paillettes ou de les céder à d'autres patientes.

Lu et approuvé.
Madame
(Date et signature)

Lu et approuvé.
Madame/Monsieur
(date et signature)

Pour le CPMA
Dr L. Henry

Fait à Liège, le, en deux exemplaires originaux, dont chaque partie déclare avoir reçu un exemplaire.

RENSEIGNEMENTS PRATIQUES

1. **Votre paiement** (390 euros + prix des paillettes) doit être effectué sur le compte suivant :

N° de compte : 091-0089830-37
Titulaire : CHU du Sart Tilman, Domaine Universitaire Sart Tilman 4000 LIEGE
Code Bic ou Swift : GKCCBEBB
Code Iban : BE35 0910 0898 3037
Banque : Belfius, Bld Pacheco, 44, 1000 BRUXELLES

**Communication : « CC 840370101 » suivi de votre nom de jeune fille et prénom.
Cette communication est indispensable. Son absence implique une refacturation.**

2. **Toute correspondance** concernant une éventuelle prolongation ou abrogation de la présente convention doit être adressée, par mail, à : don.cpma@citadelle.be

3. Pour tout **renseignement d'ordre financier**, merci de vous adresser au secrétariat du CPMA-ULiège.

Tel : +32 4 321 62 57
Fax : +32 4 321 66 57
E-mail : secretariat.cpma@citadelle.be

**CETTE CONVENTION EST A RETOURNER PAR
MAIL AVEC LA PREUVE DE PAIEMENT A**

don.cpma@citadelle.be