



Tel 04/225 65 75
Fax 04/225 66 57
Web <http://www.cpma-ulg.be>

CONFIRMATION CONVENTIONS PMA

Nous soussignés,

Madame

Monsieur,
Madame,

NOM :
PRENOM :

NOM :
PRENOM :

Date Naissance :

Date Naissance :

DOMICILE : Rue..... N°

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

Déclarons confirmer les dispositions émises lors de notre traitement antérieur de PMA dans les documents :

0 CONVENTION DE TRAITEMENT PAR FECONDATION IN VITRO.

0 CONVENTION RELATIVE AU DEVENIR DES EMBRYONS SURNUMERAIRES

établies en 2 exemplaires, dont chaque partie a reçu un exemplaire.

Marquons notre accord pour que nos données médicales – sous formes codées excluant toute identification possible- soient mises à disposition des instances externes de contrôles nationales et internationales.

Lu et approuvé.

Lu et approuvé.

Pour le CPMA

Madame
(Date et signature)

Le conjoint, la compagne
(Date et signature)

Le médecin en charge du
dossier (cachet et signature)

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