

CHR CITADELLE  
Boulevard du XII<sup>ème</sup> de Ligne, 1  
B-4000 LIEGE  
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 .....

NOM .....

PRENOM .....

PRENOM .....

Date Naissance .....

Date naissance .....

DOMICILE : Rue..... N° .....

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

### 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<sup>ème</sup> 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 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 320€ 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@chrcitadelle.be](mailto:don.cpma@chrcitadelle.be) et ne sera effective qu'à la réception du montant de 320 € 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.
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 (en cours depuis au moins 6 mois) ;
  - Une prolongation de réservation de deux ans des paillettes déjà stockées au CPMA ;
  - Une conservation de paillettes d'un donneur connu dirigé (320 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** (320 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 960 4192 00 » 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@chrcitadelle.be](mailto:don.cpma@chrcitadelle.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 : [cynthia.galasso@chrcitadelle.be](mailto:cynthia.galasso@chrcitadelle.be)

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

**A**

[don.cpma@chrcitadelle.be](mailto:don.cpma@chrcitadelle.be)