



DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE
OBSTETRIQUE
UNIVERSITE DE LIEGE
CENTRE DE PROCREATION
MEDICALEMENT ASSISTEE
CHR CITADELLE
Boulevard du XII^{ème} de Ligne, 1
B 4000 LIEGE

Numéro : CDC/LGE. 01.COS
Révision : N° 3 du 10/01/2013
Page 1 sur 1

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

CONSENTEMENT À L'UTILISATION DE SPERME CONGELÉ

Je, soussigné,

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Autorise l'utilisation de mes spermatozoïdes congelés à des fins de Procréation Médicalement Assistée chez ma conjointe :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Fait à :le

Signature :

Sauf avis contraire formulé de votre part par lettre recommandée, ce consentement à l'utilisation de vos spermatozoïdes cryopréservés est valable six mois à partir de la signature.