

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>

ACCORD À L'UTILISATION DE SPERME CONGELÉ

Je, soussigné,

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse mail@.....

Autorise l'utilisation de mes spermatozoïdes congelés à des fins de Procréation Médicalement Assistée dans le cadre du projet parental impliquant ma (mon) conjoint(e) :

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 date de signature. Si vous souhaitez vous opposer à leur utilisation avant ce terme, il est de votre responsabilité d'en informer le CPMA dans les plus brefs délais.

Bien que les traitements soient réalisés chez votre partenaire à partir des spermatozoïdes congelés, votre présence reste indispensable au moment des inséminations ou des transferts d'embryons. A défaut, votre partenaire devra présenter une pièce d'identité à votre nom en cours de validité.