

Je soussigné,

Nom de jeune fille :	Prénoms :
Née le :                      Lieu :	Nationalité
Mail :	Tel (GSM) :

Déclare être mariée depuis (date) : \_\_\_\_\_

Marquez votre choix en cochant :

- Je demande et donne mon accord pour que mes ovules congelés soient décongelés dans le cadre d'un cycle de traitement de PMA.
- Je demande et donne mon accord pour que mon tissu ovarien congelé soit décongelé en vue d'une transplantation.

Fait à \_\_\_\_\_, le ...../...../.....

Madame (Précédé de la mention "lu et approuvé")

**ATTENTION :**

- Votre cycle ne pourra commencer que si le Centre est en possession du présent formulaire entièrement complété, daté et signé.
- Le jour du transfert, il est indispensable de présenter une pièce d'identité récente et que les deux membres du couple soient présents. En cas d'absence du conjoint une autorisation signée est requise.

Partie à compléter par le laboratoire le jour du transfert	
Vérification d'identité	par