

*Biologistes :*

J-C. Aidenbaum  
P. Cohen-Bacrie  
T. Champenois  
V. Napoly  
A-M. Junca  
M. Dumont-Hassan  
M. Lamine-Chaminade  
S. Belloc  
M. Cohen-Bacrie  
R. Narwa  
D. Bridoux

## LABORATOIRE D'EYLAU

Ouverture de 7 h à 19 h – le samedi de 7 h à 13 h

SELARL au Capital de 416 000 €- Agréé AMP - Marqueurs Foetaux

Laboratoire d'analyses de Biologie Médicale (n°75 / 431) – RCS Paris B 784 652 026  
55, rue Saint Didier – 75116 Paris – Téléphone : **01 53 70 64 80** – Fax : 01 53 70 64 94  
<http://www.laboratoire-eylau.fr>

### Consentement en vue de transfert d'embryons congelés (TEC)

*Nous soussignés,*

Madame : .....

Nom de jeune fille : .....

Née le : .....

Monsieur : .....

Né le : .....

↷ *Certifions sur l'honneur que les conditions de couple requises pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation, justifiées lors de notre demande d'A.M.P. auprès du Docteur ....., sont toujours remplies.*

↷ *Consentons à un acte de transfert d'embryons décongelés, nécessaire à la réalisation de notre projet parental.*

**Fait à..... le...../...../ 20.....**  
*(signatures des deux membres du couple précédées de la mention « Lu et Approuvé »)*

**Madame :**

**Monsieur :**

Mise en application : 01.09.2006