

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>

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

Demande de renouvellement annuel de cryoconservation

Nous soussignés,

Madame (*inscrire le prénom, le nom de jeune fille, puis le nom d'épouse*)

Née le : / /

N° de Sécurité Sociale :

Monsieur (*inscrire le prénom, le nom*)

Né le : / /

N° de Sécurité Sociale :

Domiciliés à (indiquer l'adresse complète, tout changement d'adresse devra impérativement être signalé) :

Veillez cocher la case correspondant à votre choix concernant le devenir de vos embryons congelés

maintenons notre projet parental, et demandons la poursuite de la cryoconservation de nos embryons qui auront pu être congelés lors de notre tentative le / / en vue de leur restitution ultérieure, les conditions du couple requises pour bénéficier d'une Aide Médicale à la Procréation étant toujours remplies.

renonçons à notre projet parental, et en fonction des dispositions légales en vigueur, acceptons l'accueil de nos embryons cryoconservés par un couple tiers. Nous sommes informés que nous devons confirmer cet accord par écrit dans un délai de 3 mois, et que nous serons contactés par l'équipe pluridisciplinaire clinicobiologique pour confirmer ou non notre choix et accomplir les formalités prévues par la loi.

renonçons à notre projet parental, et donnons notre accord pour que nos embryons cryoconservés fassent l'objet d'une recherche médicale respectant les dispositions de la loi et de ses décrets d'application. Nous sommes informés que notre consentement, révocable à tout moment, sera à confirmer par écrit dans un délai de 3 mois, et que nous serons contactés par l'équipe pluridisciplinaire clinicobiologique pour confirmer ou non notre choix et accomplir les formalités prévues par la loi.

renonçons à notre projet parental, et vous donnons notre accord pour qu'il soit mis fin à la cryoconservation de nos embryons congelés. Nous sommes informés que nous aurons à confirmer notre choix dans un délai de 3 mois.

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