



DEMANDE DE CRYOCONSERVATION DU SPERME

Perpignan, le

Demande formulée par Monsieur Prénom

Date et lieu de naissance :

Adresse précise :

Code postal : Ville :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

N° de Sécurité sociale :

CONDITIONS

- 1- Le laboratoire effectue la congélation et assure la conservation du sperme pour une durée de 1 an renouvelable.
- 2- Les paillettes de sperme seront détruites en cas de non réception du consentement à temps.
- 3- Le sperme conservé ne sera remis qu'à Monsieur présent et consentant.
- 4- Le laboratoire n'est pas responsable de la qualité fécondante du sperme.
- 5- L'utilisation ultérieure du sperme en vue d'acte d'assistance médicale à la procréation ne pourra se faire que dans la mesure où seront remplies les conditions prévues par l'article *L 2141-2 du code de la santé publique*.
- 6- Tout changement d'adresse doit être signalé au laboratoire.
- 7- Au titre de remboursement des frais de congélation du sperme, Monsieur devra s'acquitter de frais de congélation et annuellement de frais de conservation conformément à la nomenclature des actes de biologie médicale.
- 8- En cas de souhait de destruction des pailles de sperme, une confirmation vous sera envoyée dans un délai de 3 mois après la première demande pour que celle-ci soit effective.

J'atteste avoir reçu des informations claires sur :

- la préservation de la fertilité et leur conséquence.
- la conservation et l'utilisation ultérieure des paillettes.

Monsieur
Signature :

Représentant légal le cas échéant,

Qualité :

Signature :