

CENTRE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

21 RUE MOXOURIS 78150 LE CHESNAY ☎ 01.39.54.44.51 ✉ amp@laboratoire-parly2.com
<https://www.laboratoire-parly2.com/>

CONSENTEMENT A LA DECONGELATION DE PAILLETES

Je soussigné, Monsieur _____ né le _____ demande à bénéficier de la décongélation de mes paillettes de sperme en vue d'une assistance médicale à la procréation (AMP).

J'autorise le laboratoire à procéder à la décongélation du nombre de paillettes qu'ils jugeront suffisant pour la réalisation de l'acte technique.

Je m'engage à être présent le jour de la réalisation de l'AMP.

Je confirme avoir pris connaissance du montant à régler mentionnant les éventuels frais non remboursés par la sécurité sociale (Devis)

Fait à _____, le ____/____/____

Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »

Document signé à retourner impérativement au centre AMP avant tout début de traitement