



## CONFIRMATION DES CONVENTIONS EN MATIERE DE PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE

Nous soussignés :

**Madame**

Nom : Prénom :  
Date de naissance :  
Domiciliée :

**Monsieur / Madame**

Nom : Prénom  
Date de naissance :  
Domicilié(e) :

Déclarons confirmer les dispositions émises lors de la programmation d'un cycle antérieur auprès de votre centre. Ces dispositions concernent :

- Convention de traitement en vue d'une fécondation in vitro et du devenir des embryons surnuméraires datant du .....
- Convention de traitement en vue du remplacement d'embryons congelés datant du .....
- Convention de traitement en vue d'une insémination de sperme avec sperme du conjoint datant du .....
- Convention de traitement en vue d'une insémination de sperme avec sperme d'un donneur datant du .....
- Convention de cryopréservation des ovocytes

Etabli en 2 exemplaires originaux dont chaque partie a reçu un exemplaire

Lu et approuvé  
Madame  
(Date et signature)

Lu et approuvé  
Monsieur / Madame  
(Date et signature)

Pour le CPMA  
Le médecin PMA  
(Cachet et signature)