



Autorisation D'utilisation De Sperme Congelé

Je soussigné,

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... CIN :

Téléphone :

Domicilié à :

Ville/Pays :

Autorise l'utilisation de mes paillettes de sperme congelé en vue d'une procréation médicalement assistée avec mon épouse Madame pour le cycle du mois de

Fait à Le :/...../.....

Signature

