

Décongélation de spermatozoïdes d'ovules

A. Demande

Je soussigné(e)

Nom / Prénom _____ Date de naissance _____

Rue / N° _____ Téléphone _____

NPA / Localité _____

1. déclare par la présente recourir aux services de Viollier AG pour la décongélation de mes gamètes, pour leur utilisation dans le cadre d'une procréation médicalement assistée.

2. demande à Viollier AG

_____ de décongeler (**nombre**) **paillettes** contenant des spermatozoïdes

_____ de décongeler (**nombre**) **ovules**

3. Si la ou les paillettes décongelées contenant des spermatozoïdes ou des ovules ne peuvent pas être utilisées, je demande à Viollier AG de décongeler d'autres paillettes éventuellement disponibles contenant des gamètes.

Oui Non

4. déclare avoir pris connaissance que les procédures de congélation, de conservation et de décongélation des gamètes sont effectuées selon des méthodes scientifiquement éprouvées. Toutefois, Viollier AG ne peut garantir la viabilité des gamètes après décongélation ni de leur capacité à induire une grossesse.

Remarque _____

Lieu, Date _____ Signature _____

B. Avis d'acceptation de Viollier AG

Nom / Prénom _____ Remarque _____

Lieu, Date _____ Signature _____