



**Consentement en vue de
décongélation d'embryon - Femme
non mariée - AMP NATECIA**



CONSENTEMENT EN VUE DE DECONGELATION D'EMBRYON(S)

Je soussignée,

Madame (nom de naissance) :

Prénom :

Née le :

Adresse :

.....
.....

Adresse mail :

Téléphone :

- ✓ Certifie que les conditions (définies dans ma demande initiale) requises pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation (AMP) sont toujours remplies.
- ✓ Consens à la décongélation d'embryon(s) en vue d'un transfert, le nombre d'embryons à transférer ayant été préalablement fixé avec l'équipe clinico-biologique.

Date

Signature

Madame :