

Je/nous, soussigné(e-s),

**Conjoint 1 :** \_\_\_\_\_ née \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nom, prénom    Nom de naissance    Date de naissance

**Conjoint 2 :** \_\_\_\_\_ né(e) \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nom, prénom    Nom de naissance    Date de naissance

**Adresse commune :** N° \_\_\_\_\_ Voie \_\_\_\_\_  
 Complément d'adresse \_\_\_\_\_  
 CP \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

**Téléphones :** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Certifie/Certifions** que les **conditions** (définies dans la demande initiale) requises pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation sont toujours remplies ;

**Et donne/donnons notre accord pour la décongélation d'embryon(s) en vue de leur transfert.**

Pour les couples, nous avons été informés que la **présence des 2 membres du couple est obligatoire** le jour du transfert.

Date du transfert prévue (à remplir par le praticien) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre d'embryon(s) à transférer, souhaité : \_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ **Le :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Signature Conjoint 1 :**

**Signature Conjoint 2 :**

Document à faxer au 03.21.69.17.98 ou à envoyer par mail à l'adresse [secretariat.bdr@hdf.synlab.fr](mailto:secretariat.bdr@hdf.synlab.fr).  
 Il doit être réceptionné impérativement, au plus tard, 2 jours avant le transfert éventuel d'embryons.

*PS : Il est impératif de signaler au centre tout évènement médical ou tout changement administratif (**changement de situation maritale, changement d'adresse**) susceptible de retentir sur votre prise en charge.*

**En cas de besoin,  
 vous pouvez joindre  
 notre service client :  
 03.21.69.17.97**  
secretariat.bdr@hdf.synlab.fr