



**Consentement en vue d'une
Assistance Médicale à la
Procréation (IAC)**

Ref : BDR-NOV-DE-T-002-02
Version : 02
Applicable le : 29-09-2020



Laboratoire NOVELAB site INGELS-VIGNON
40 rue Victor Hugo
69400 Villefranche
Tel : 04.74.65.02.75

Nous, soussignés,

Madame : Monsieur :

Nom de naissance :

Prénom : Prénom :

Née le : Né le :

Adresse commune :

.....
.....

Tél. :

certifions que les conditions de notre couple, requises pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation (AMP), justifiées lors de notre demande en date du, sont toujours remplies.

Que nos réponses au « questionnaire de recherche de symptômes COVID patients » sont toujours négatives, que nous avons bien rempli le formulaire de consentement à la réalisation d'AMP durant l'épidémie de COVID19.

Et en conséquence, nous donnons notre consentement pour une insémination intra-utérine intraconjugale

Fait le, à

Madame
Signature précédée de la mention
« lu et approuvé ».

Monsieur
Signature précédée de la mention
« lu et approuvé ».