

|                                 |   |                                 |
|---------------------------------|---|---------------------------------|
| <b>DATE EFFECTIVE: 07/06/09</b> | <b>Identity (ID) Option<br/>Patient Agreement</b> | <b>FORM: ACQ.20u<br/>REV: E</b> |
|---------------------------------|---|---------------------------------|

**3015 Williams Drive, Ste 110, Fairfax, VA 22031 Téléphone : 703-698-3976**

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR : 06/07/09      Option Identité (ID) Entente avec le(la) patient(e)      FORMULAIRE : ACQ.20U RÉV. : e

Les zones ombrées ( ) doivent être remplies.

Je/Nous soussignée (soussignés) et son/sa conjoint(e), le cas échéant, comprenons et convenons que j'ai/nous avons choisi un donneur inscrit au programme Option Identité (ID) chez Fairfax Cryobank. Mon/Notre Donneur # est . En recourant à un donneur de l'Option ID, je/nous pouvons choisir de participer pleinement, en déclarant mon/notre enfant issu de ce donneur (la « Progéniture ») après sa naissance, donnant ainsi à ma/notre progéniture la possibilité d'accéder à des renseignements permettant d'identifier le donneur quand elle aura 18 ans OU je/nous pouvons choisir d'utiliser le même donneur comme donneur anonyme, de telle sorte que je/nous ne déclarerions pas la progéniture après sa naissance et donc lui ou elle, à l'âge de 18 ans, ne pourrait avoir accès à des renseignements permettant d'identifier le donneur. Lorsqu'un enfant déclaré atteint l'âge de 18 ans, cet enfant, si lui ou elle le réclame, aura accès au nom complet du Donneur, à sa date de naissance, à ses derniers numéros de téléphone et adresses connus ainsi qu'à d'autres renseignements personnels que le Donneur a accepté de divulguer et que Fairfax Cryobank, à sa discrétion entière et absolue, choisit de communiquer (les « Renseignements personnels »). Je/Nous comprenons et acceptons les conditions suivantes :

Je/Nous comprenons que je/nous devons signer et retourner cette entente et décharge de responsabilité à notre distributeur canadien, CAN-AM Cryoservices Corp. avant que CAN-AM Cryoservices Corp. nous expédie les unités de sperme du Donneur qui doivent être utilisées pour mon insémination. Cette entente est un document distinct du formulaire de Déclaration de naissance Options Identité (ID) et elle doit être signée sans égard à mon/notre intention de soumettre un formulaire de déclaration après la naissance d'un enfant.

- 1) Si je/nous désirons que ma/notre progéniture ait accès à des renseignements permettant d'identifier le donneur quand elle atteindra l'âge de 18 ans, je/nous convenons de retourner rapidement à CAN-AM Cryoservices Corp. le formulaire de déclaration requis, le formulaire de Déclaration de naissance Option ID, qui est disponible sur le site Web de Fairfax Cryobank, [www.fairfaxcryobank.com](http://www.fairfaxcryobank.com), pour chaque enfant à sa naissance. Le seul fait d'utiliser le sperme du Donneur ne donne pas droit à un enfant issu de ce sperme d'accéder aux renseignements personnels du Donneur.
- 2) Je/Nous comprenons et convenons que la Progéniture déclarée sera le(s) seul(s) individu(s) autorisé(s) à réclamer les renseignements permettant d'identifier le Donneur et à accéder auxdits renseignements. Je/Nous comprenons qu'en aucunes circonstances Fairfax Cryobank ne divulguera lesdits renseignements avant que la Progéniture déclarée ait atteint l'âge de 18 ans, et ne me/nous les divulguera pas. Je/Nous reconnaissons et convenons que les renseignements personnels sur le Donneur sont réservés à l'usage exclusif de la Progéniture déclarée. Je/Nous convenons que je/nous prendrons les mesures pour que toute Progéniture déclarée garde ces renseignements personnels strictement confidentiels, avec interdiction de publier, publiciser ou vendre lesdits renseignements, ainsi que de les divulguer à toute autre personne ou entité. Je/Nous reconnaissons que toute violation de cette disposition causerait un tort immédiat et irrévocable au donneur et motiverait l'obtention d'une injonction immédiate.
- 3) Moi et mon partenaire (si nous sommes mariés) serons nommés sur le certificat de naissance de tout enfant né de l'utilisation de ce don de sperme. Je/Nous comprenons que le Donneur n'aura aucun lien légal, droit ou obligation à l'égard de tout enfant né de ce don de sperme.
- 4) Je/Nous reconnaissons et convenons que Fairfax Cryobank n'a pas la responsabilité de trouver, mettre à jour ou autrement obtenir de nouveaux renseignements personnels au sujet du Donneur, mais que Fairfax Cryobank est dans l'obligation de divulguer à la Progéniture déclarée les renseignements personnels en la possession de Fairfax Cryobank. Il pourrait arriver que le contact entre le donneur et la progéniture ne puisse être établi malgré tous les efforts de Fairfax Cryobank.

Je/Nous, en mon/notre nom et au nom de toute Progéniture, libérons et déchargeons irrévocablement par la présente Fairfax Cryobank et ses anciens, actuels et futurs administrateurs, employés, distributeurs et sociétés affiliées ainsi que le donneur de toutes réclamations, actions en justice, responsabilités, coûts, frais, sommations, dettes, obligations et dépenses (incluant des frais d'avocats et honoraires juridiques raisonnables), de quelque nature qu'ils soient, que je/nous ou ma/notre Progéniture, mes/nos héritiers ou

|                                 |   |                                 |
|---------------------------------|---|---------------------------------|
| <b>DATE EFFECTIVE: 07/06/09</b> | <b>Identity (ID) Option<br/>Patient Agreement</b> | <b>FORM: ACQ.20u<br/>REV: E</b> |
|---------------------------------|---|---------------------------------|

ayants droit par la suite puissent avoir, auraient ou auraient pu avoir. Je/Nous convenons par la présente que je/nous prendrons les mesures nécessaires pour que ma/notre Progéniture, héritiers et ayants droit renoncent à intenter une action judiciaire ou procédure contre Fairfax Cryobank ou contre les sociétés affiliées à Fairfax Cryobank et ses distributeurs, pour quelque raison liée de quelque façon que ce soit au Programme Option Identité (ID) y compris, sans limitation, si des tentatives futures de localiser le Donneur devaient échouer ou si le Donneur refusait de communiquer avec la Progéniture, ou que Fairfax Cryobank ne puisse légalement divulguer les Renseignements personnels à la Progéniture ou que des statuts, lois, règles, règlements, ordonnances judiciaires et administratives, quels qu'ils soient ou toute loi similaire ou obligation légale applicables empêchent Fairfax Cryobank de divulguer les renseignements personnels sur le donneur.

Cette entente me/nous lie ainsi que ma/notre Progéniture, ayants droit, héritiers, exécuteurs et administrateurs. La présente constitue la totalité de l'entente conclue entre les parties relativement à l'objet de l'entente et il n'existe aucune convention, assertion ou condition touchant cette entente autres que celles qui y sont exprimées. Cette entente lie toutes les parties et leurs ayants droit, héritiers, exécuteurs et administrateurs respectifs. Cette entente doit être interprétée conformément aux lois applicables dans l'État de la Virginie, aux É.-U.

En foi de quoi, je/nous avons signé ce document touchant le droit de rétention pour le Donneur # [redacted] dans le cadre du programme Options Identité (ID).

Cette entente intervient entre Fairfax Cryobank et la receveuse et/ou son(sa) partenaire ce [redacted] jour de [redacted] 20 [redacted].

[redacted]  
Signature de la receveuse

\_\_\_\_\_  
Signature du(de la) partenaire (le cas échéant)

[redacted]  
Nom en majuscules

\_\_\_\_\_  
Nom en majuscules

[redacted]  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Adresse

[redacted]  
Ville, Province, Code postal

\_\_\_\_\_  
Ville, Province, Code postal

[redacted]  
Numéro de téléphone (jour)

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone (jour)

|                                 |   |                                 |
|---------------------------------|---|---------------------------------|
| <b>DATE EFFECTIVE: 07/06/09</b> | <b>Identity (ID) Option<br/>Patient Agreement</b> | <b>FORM: ACQ.20u<br/>REV: E</b> |
|---------------------------------|---|---------------------------------|

Province de \_\_\_\_\_

Province de \_\_\_\_\_

Le présent instrument a été déclaré et souscrit devant moi

ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_

par \_\_\_\_\_  
(La receveuse)

\_\_\_\_\_  
Notaire public

Mon mandat expire : \_\_\_\_\_

SCEAU

\_\_\_\_\_  
Fairfax Cryobank ou CAN-AM Cryoservices Signature du  
représentant \_\_\_\_\_ Date

**VEUILLEZ POSER L'ACTE NOTARIÉ DÛMENT SIGNÉ À :**  
**CAN-AM Cryoservices , 1057 Main St. W. Suite 102, Hamilton, ON. L8S 1B7**