

FORMULAIRE DE COMMANDE DE SPERME DE DONNEUR

Veillez remplir tous les champs du présent formulaire pour éviter les retards de livraison de la commande à votre médecin ou à votre fournisseur de soins de santé. Pour toute question sur ce formulaire, veuillez téléphoner à **CAN-AM**.

<u>COORDONNÉES DU PATIENT/DE LA PATIENTE</u>		Date de naissance : _____ / _____ / _____ (JJ/MM/AAAA)
Nom : _____	Téléphone : _____	
Adresse : _____	Ville : _____	
Province : _____	Code postal : _____	Courriel : _____

DÉTAILS DE LA COMMANDE

Veillez inscrire vos choix de donneurs par ordre de préférence. Si votre premier choix n'est pas disponible, vous recevrez votre deuxième choix et, faute de disponibilité de ce dernier, vous recevrez votre troisième choix.

Date de la commande : _____ (JJ/MM/AA)

Doit arriver le : _____ (JJ/MM/AA)
(au cabinet du médecin)

Lab use: TOU ID Consent

Filled _____ Checked _____

BANQUE DE SPERME :

Fairfax/CLI NWCryo Seattle

1^{er} choix : _____ # de doses : _____ IUI ou ICI

2^{me} choix : _____ # de doses : _____ IUI ou ICI

3^{me} choix : _____ # de doses : _____ IUI ou ICI

IIC – non lavé/insémination intra-cervicale IIU – lavé/insémination intra-utérine

RENSEIGNEMENTS POUR LA LIVRAISON : Coordonnées du médecin ou du fournisseur de soins de santé

Nom du médecin / de la Clinique (s'il y a lieu) : _____

Adresse d'expédition : _____ Ville : _____

Province : _____ Code Postal : _____ Tél : _____

Telec. : _____ (Pour confirmer la commande auprès de votre médecin)

RENSEIGNEMENTS POUR LA FACTURATION :

Le paiement doit être reçu avant la livraison des échantillons. Veuillez nous appeler pour nous fournir vos coordonnées pour la facturation.