

Accord international d'identification du patient

Vous devez remplir les cases grisées ().

Je soussignée ci-après dénommée la receveuse comprenons et convenons avoir choisi un donneur faisant partie du programme Option Identité (ID) de Fairfax Cryobank ou Cryogenic Laboratories, Inc (ci-après dénommée « Cryobank ») et distribué par (nom de l'entreprise). Le numéro de mon Donneur est . En ayant recours à un donneur de l'Option ID, je choisissons de participer pleinement, en inscrivant mon enfant issu de ce donneur (ci-après « Progéniture ») après sa naissance et en permettant à ma progéniture d'avoir la possibilité d'accéder aux renseignements permettant d'identifier le donneur lorsqu'elle atteindra l'âge de 18 ans OU je pouvons également choisir d'avoir recours à ce même donneur de manière anonyme, de telle sorte que je ne déclarerions pas la progéniture après sa naissance et il/elle ne sera pas autorisé(e) à accéder à ne pourrait avoir accès à des renseignements permettant d'identifier le donneur., lorsqu'il/elle atteindra l'âge de 18 ans. Lorsqu'un descendant inscrit atteint 18 ans, il/elle pourra, à sa demande, connaître le nom complet, la date de naissance, les derniers numéros de téléphone, adresse(s) électronique(s) et adresse municipale connus, ainsi que toute autre information personnelle dont la divulgation a été autorisée par le Donneur et que Cryobank, à son entière discrétion, choisit de divulguer (les « Renseignements personnels »). Je comprenons et acceptons les conditions suivantes:

Je comprends que je devons signer et renvoyer cette entente et le formulaire de décharge de responsabilité à Cryobank ou à notre distributeur avant que Cryobank moi envoie des unités de sperme du Donneur afin de procéder à l'insémination. Cette entente est un document distinct du formulaire de Déclaration de naissance Options Identité (ID) et doit être signé sans égard à mon intention de soumettre un formulaire d'inscription après la naissance d'un enfant.

- 1) À la naissance de chaque descendant, je suis engageons à transmettre à Cryobank ou à notre distributeur, dans les plus brefs délais, le formulaire d'inscription et le formulaire d'inscription des naissances pour l'identification requis, disponibles sur les sites Internet de Cryobank www.fairfaxcryobank.com ou www.cryolab.com.
- 2) Je comprenons et convenons que le descendant inscrit sera le(s) seul(s) individu(s) autorisé(s) à réclamer les renseignements de base et d'avoir accès aux dits renseignements, et je y consentons. Je comprenons et convenons que Cryobank ne divulguera en aucun cas un quelconque renseignement de base avant que tout descendant inscrit atteigne l'âge de 18 ans, et de ne pas divulguera aucun renseignement, et je y consentons. Nous reconnaissons que les renseignements de base sont réservés uniquement au descendant inscrit. Je suis engageons à maintenir la confidentialité des renseignements de base, à ne pas les publier, les vendre, et les divulguer à toute autre personne ou entité, et à faire en sorte que tout descendant inscrit en fasse de même. Je reconnaissons que toute violation de la présente disposition pourrait causer un préjudice immédiat et irrévocable au Donneur et lui permettrait d'obtenir une injonction immédiate.
- 3) Mon conjoint (si nous sommes mariés) et moi-même figurerons sur l'acte de naissance de tout enfant né de l'utilisation de ce don de sperme. Je comprenons et acceptons que le Donneur n'ait aucun lien, droit ou obligation juridiques à l'égard de tout enfant né de ce don de sperme.
- 4) Je reconnaissons et convenons que Cryobank n'est en aucun cas responsable de la recherche, de la mise à jour ou de l'obtention de nouveaux renseignements de base sur le donneur. En revanche, Cryobank a l'obligation de divulguer au descendant inscrit tous les renseignements de base en sa possession. Il est possible que, malgré tous les efforts entrepris par Cryobank, il soit impossible d'établir un contact entre le donneur et le descendant.

Par les présentes, je suis engageons en moi nom et au nom de toute Progéniture., à libérer, inconditionnellement et irrévocablement, Cryobank et ses directeurs, employés, affiliés et distributeurs passés, actuels et futurs, ainsi que le Donneur, de tout dommage, poursuite, responsabilité, plainte, demande, frais, dette, obligation et dépense (y compris les honoraires d'avocat et les frais juridiques, calculés à un taux raisonnable) de quelque nature que ce soit dont nous, ou un quelconque descendant, ayant droit ou ayant cause peut, a pu, ou pourrait se prévaloir. Je suis engageons par les présentes à nous abstenir, et à faire en sorte que mes descendants, héritiers s'abstiennent d'engager une quelconque poursuite ou action en équité à l'encontre de Cryobank ou des affiliés et distributeurs de Cryobank pour toute raison liée de quelque manière que ce soit au programme d'identification. Ceci y compris si, et sans limitation, les futures tentatives de localiser le Donneur devaient échouer, ou si le donneur refusait de communiquer avec le descendant, ou si Cryobank est légalement contrainte, de quelque manière que ce soit, de ne pas divulguer les renseignements de base au descendant, ou si toute constitution, loi, règles, règlements, ordonnances judiciaires et administratives, quels qu'ils soient, ou obligation juridique empêchent Cryobank de divulguer les renseignements personnels sur le Donneur.



La présente entente me lie ainsi que ma Progéniture, ayants droit, héritiers, exécuteurs et administrateurs. Le présent accord représente l'intégralité de l'entente conclue entre les parties relativement à l'objet de l'entente, et aucune convention, assertion ou condition touchant cette entente n'existe en dehors des dispositions susmentionnées. Le présent accord lie les parties ainsi que leurs ayants droits, héritiers, exécuteurs testamentaires et administrateurs respectifs. Le présent accord sera régi par les lois de l'État de Virginie, aux États-Unis.

Je **avons signifié ce document par écrit** touchant le droit de rétention dans le cadre du programme Options Identité (ID) du Donneur n° _____.

Le présent accord a été conclu entre Cryobank ou son distributeur et **la receveuse**

_____ jour de _____ 2 _____.

Signature du Destinataire

Nom en lettres majuscules

Adresse

Ville / Province/État / Code postal

Pays

Numéro de téléphone de jour

Signature du représentant de Cryobank Date

Nom du représentant de Cryobank en lettres majuscules

Des exemplaires sont disponibles auprès de notre distributeur

Nom :

Téléphone :

Courriel :

VEUILLEZ ENVOYER LE PRÉSENT FORMULAIRE PAR COURRIER, COURRIEL OU TÉLÉCOPIEUR À :

À l'attention de : Accord d'identification des patients

Nom du distributeur :

Adresse du distributeur :

Ville / Province/État / Code postal/ Pays :