



DEMANDE DE RENDEZ-VOUS EN AMP
PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ NON MÉDICALE

Madame :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de portable :

Adresse mail :

Adresse postale :

Nous rappelons que la cryoconservation ovocytaire (préservation de fertilité) non médicale s'adresse à **toutes les femmes âgées entre 29 et 37 ans.**

Merci d'envoyer ce document complété par mail au secrétariat d'AMP : imm-amp@imm.fr

L'envoi de ce document enclenche l'analyse du dossier qui sera suivi d'une réponse de notre part, celle-ci peut être donnée par courriel ou par appel téléphonique.

Toute proposition de rendez vous n'implique pas obligatoirement une prise en charge dans le service. Nous pourrions répondre à l'ensemble de vos questions concernant cette démarche lors de ce RDV.

*L'équipe clinico-biologique
Centre d'AMP de l'IMM*