

## Formulaire de déclaration: Remboursement des frais

Indiquer un:

Donneur de  
spermatozoïdes ou d'ovule

Nom:

(personne demandant le remboursement)

Mère porteuse

Adresse:

Personne qui maintient et/  
ou qui transporte un  
embryon in vitro

Catégorie de frais	Montant demandé	Date du frais encourue	Montant remboursé
Montant total demandé:			
Montant total remboursé:			
Date du remboursement:			

Je suis d'accord      Je suis en désaccord

Chaque frais a été encourue par moi (la personne demandant le remboursement) en faisant un don de spermatozoïdes ou d'ovule, pour le maintien ou le transport d'un embryon in vitro ou relié à la maternité de substitution, le cas échéant.

Le montant remboursé ne m'a pas été payé (la personne demandant le remboursement) par aucune autre source, en tout ou en partie.

L'information contenue dans ce formulaire est exacte et complète à ma (la personne demandant le remboursement) connaissance .

Signature:  
(personne demandant le remboursement)

Date:

Signature:  
(personne qui rembourse)

Date: