|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom de l’Etablissement |  | Code centre |  |
| Service Adresse Complément d’adresse |  | FINESS géographique |  |
| CP - Ville |  | **Mail MS-Santé du Centre** |  |
| Fonction | Nom Prénom | Mail | Tél | Accord pour diffusion des coordonnées | Demande d’accès à l’application | Signature |
| Référent don d’ovocytes |  |  |  | ❑ Oui ❑ Non | ❑ Registre don de gamètes et d’embryons  |  |
| Référent don de sperme |  |  |  | ❑ Oui ❑ Non |  ❑ Registre don de gamètes et d’embryons |  |
| Référent don d’embryons |  |  |  | ❑ Oui ❑ Non |  ❑ Registre don de gamètes et d’embryons |  |
| Autre personne devant accéder au registre |  |  |  | ❑ Oui ❑ Non |  ❑ Registre don de gamètes et d’embryons |  |
| Autre personne devant accéder au registre |  |  |  | ❑ Oui ❑ Non |  ❑ Registre don de gamètes et d’embryons |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Responsable du centre :** |  | **Date :** |  | **Signature :** |  |