|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 :** |  |