

**Instructions :**

1. Lisez attentivement la présente entente et veuillez la signer tel qu'indiqué si vous en acceptez les conditions.
2. Remplissez les informations indiquées sur la commande, y compris les informations relatives au paiement. Indiquez le type de séries de photos que vous commandez ainsi que le(s) numéro(s) du/des Donneur(s). **Une entente signée distincte est requise pour chaque donneur choisi (pages 1 et 2).** Cependant, plusieurs albums photo peuvent être commandés avec un seul bon de commande (page 3). Le cas échéant, vous pouvez faire des copies d'une Entente non signée si vous choisissez des donneurs supplémentaires.
3. Pour une livraison durant la semaine, vous pouvez envoyer la ou les ententes originales signées (pages 1 et 2) et le bon de commande (page 3) par courrier, courriel, télécopie ou FedEx aux coordonnées indiquées sur la dernière page du présent document.
4. Votre commande sera traitée dès réception, et vous recevrez le(s) album(s) photo par courrier, FedEx (si vous optez pour cette solution) ou courriel peu de temps après. Nous vous contacterons par téléphone si des questions sont soulevées par votre commande,.

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PATIENT**

Nous soussignés, la receveuse et son conjoint, le cas échéant, comprenons et convenons avoir choisi de participer au Programme de photographies des donneurs de Fairfax Cryobank ou Cryogenic Laboratories, Inc (ci-après dénommée « Cryobank » pour le Donneur n° \_\_\_\_\_ (« Donneur »). Nous comprenons et acceptons les conditions suivantes :

1. Nous comprenons et convenons que nous devons signer et renvoyer la présente entente et le formulaire de \_\_\_\_\_ consentement \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ distributeur \_\_\_\_\_ international \_\_\_\_\_ avant que le distributeur nous envoie la ou les photographies du Donneur. Si je demande des photographies de plusieurs donneurs, je comprends que je dois signer et renvoyer une entente et un formulaire de consentement distincts pour chaque donneur (pages 1 et 2).
2. Par les présentes, je m'engage en mon nom, au nom de mon conjoint (le cas échéant) et de ma descendance, 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 moi, ou un quelconque descendant, héritier, ayant droit ou ayant cause peut, a pu, ou pourrait se prévaloir en lien avec le programme de photographies des donneurs. Je m'engage par les présentes à m'abstenir, et à faire en sorte que ma Progéniture, mes héritiers, et ayants droit 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 de photographies des donneurs.
3. Je m'engage en mon nom, au nom de mon conjoint, le cas échéant et au nom de toute Progéniture, à protéger la confidentialité des photographies en notre possession de la part de Cryobank ou ses distributeurs, et ne pas divulguer ou publier la/les photo(s) pour quelque raison que ce soit. Je m'engage en mon nom, au nom de mon conjoint, le cas échéant, et au nom de toute Progéniture,, à ne pas essayer de contacter le Donneur ou tenter de découvrir l'identité du Donneur, y compris par la recherche de renseignements personnels sur le Donneur. Je m'engage à traiter la/les photo(s) de manière strictement

Document Number: SM-002 F.004	Accord international de divulgation de photographies de patient et bon de commande	Revision: A	Effective: 01/01/14
----------------------------------	--	-------------	---------------------

confidentielle, et à faire en sorte que toute Progéniture en fasse de même. Je reconnais que toute tentative entreprise par mon conjoint (le cas échéant), un descendant ou par moi-même, de contacter le Donneur ou de publier les photos causera un préjudice immédiat et irrévocable au Donneur et lui permettrait d'obtenir une injonction immédiate.

4. Mon conjoint (si nous sommes mariés) et moi-même acceptons de figurer sur l'acte de naissance de tout enfant né de l'utilisation de ce don de sperme. Je comprends et conviens que le Donneur n'ait aucun lien, droit ou obligation juridiques avec ou sur tout enfant né de son don de son sperme.
5. Cette entente lie mon conjoint (le cas échéant), mes descendants, ayants droit, ayants cause, exécuteur testamentaire, administrateur et moi-même. Cette entente 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 droit, héritiers, exécuteurs testamentaires et administrateurs respectifs. Le présent accord sera régi par les lois de l'État de Virginie, aux États-Unis.

En foi de quoi, j'ai signifié par écrit cette entente et le Formulaire de consentement relatif à mes droits à l'égard des photographies du Donneur.

\_No\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_, 2\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de la Receveuse

\_\_\_\_\_  
Signature du conjoint du Destinataire

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres majuscules

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Ville / Province/État / Code postal

\_\_\_\_\_  
Ville / Province/État / Code postal

\_\_\_\_\_  
Pays

\_\_\_\_\_  
Pays

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone

\_\_\_\_\_  
Nom du témoin en lettres majuscules

\_\_\_\_\_  
Nom du témoin en lettres majuscules

\_\_\_\_\_  
Date de la signature devant témoin

\_\_\_\_\_  
Date de la signature devant témoin

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

Document Number: SM-002 F.004	Accord international de divulgation de photographies de patient et bon de commande	Revision: A	Effective: 01/01/14
----------------------------------	---	-------------	---------------------



**BON DE COMMANDE DU PROGRAMME DE PHOTOGRAPHIES DES DONNEURS**  
 (\*Rapportez-vous au tarif du distributeur pour connaître les prix)  
 (tous les prix sont indiqués en dollars canadiens)

N° de Donneur	Fairfax Cryobank	Cryogenic Laboratories Inc.	Séries de photo adulte/enfant*	Série de photographies Étapes de vie *	Total
				<b>Total</b>	\$

**Renseignements pour la facturation :**

Personne responsable du paiement :

\_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
 Rue Ville Prov. Code postal  
 Numéro de téléphone de jour : ( ) - \_\_\_\_\_

**Autorisation de paiement :**

J'autorise notre distributeur, \_\_\_\_\_ à débiter la carte de crédit suivante. Visa/MasterCard/American Express

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
 N° de carte Date d'expiration (mm/aa)

**Information pour l'expédition**

Mode d'expédition : \_\_\_\_\_ Courrier ordinaire (sans frais) ou \_\_\_\_\_ livraison le jour suivant en semaine de FedEx

Adresse, si différente de l'adresse de facturation

Adresse : \_\_\_\_\_  
 Rue Ville Prov. Code postal

Renvoyez le formulaire original signé à :

Coordonnées du distributeur :

Nom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Ville/État/Province : \_\_\_\_\_  
 Pays/Code postal : \_\_\_\_\_

Document Number: SM-002 F.004	Accord international de divulgation de photographies de patient et bon de commande	Revision: A	Effective: 01/01/14
----------------------------------	--	-------------	---------------------