

# Recours collectif contre la FIV CooperSurgical

## Questionnaire pour les membres potentiels du groupe

Veillez envoyer une copie de ce formulaire par courrier électronique à [IVFclassaction@murphybattista.com](mailto:IVFclassaction@murphybattista.com) avec la ligne Objet: **Recours collectif contre la FIV CooperSurgical** et notre bureau vous contacteront pour confirmer la réception et les prochaines étapes.

### Informations personnelles:

Nom légal complet: \_\_\_\_\_

Autre noms: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Téléphone préféré: \_\_\_\_\_ Courriel préféré: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Code Postal: \_\_\_\_\_

### Informations générales:

Avez-vous reçu une lettre d'avis de rappel de votre clinique de fertilité?      Oui      Non

Quel est le nom de la clinique où vous avez subi une FIV?

\_\_\_\_\_

### Commentaires et informations supplémentaires que vous souhaitez fournir:

Les informations personnelles que vous nous fournissez dans le but de déterminer votre éventuelle implication dans le recours collectif seront traitées comme privées. [Lisez notre politique de confidentialité pour plus d'informations.](#)

J'ai lu et j'accepte la clause de non-responsabilité