



Recours collectif contre la FIV CooperSurgical

Questionnaire pour les membres potentiels du groupe

Veuillez envoyer une copie de ce formulaire par courrier électronique à 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