

**VOUS AVEZ FAIT VOTRE CHOIX  
DITES-LE SIMPLEMENT  
À VOS PROCHES  
MAINTENANT**

**CARTE DE DONNEUR**

 **agence de la  
Biomédecine**  
Agence relevant du ministère de la santé

**J'AI INFORMÉ LES PERSONNES SUIVANTES DE MA DÉCISION**

Nom :

Nom :

Nom :

**ELLES POURRONT TÉMOIGNER  
DE MON CHOIX AUPRÈS  
DES ÉQUIPES MÉDICALES**

Signature