

**Kündigung der Vereinbarung über die Kryokonservierung, Aufbewahrung  
und nachfolgende Behandlung**

Hiermit kündigen wir

\_\_\_\_\_ und  
Vorname, Nachname, Geburtsdatum (Patientin)

\_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname, Geburtsdatum (Partner / Partnerin)

wohnhaft in \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort, Straße, Telefon

- Patienten -

den Vertrag vom \_\_\_\_\_  
Ort, Datum

über Kryokonservierung von **imprägnierten Eizellen (PN-Zellen)**

Wir wünschen keine weitere Lagerung des Konservierungsgutes, es soll vernichtet werden.

Gleichzeitig widerrufen wir unsere Einzugsermächtigung vom \_\_\_\_\_.

Leipzig, den \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Patientin

\_\_\_\_\_  
Partner / Partnerin