

Kündigung der Vereinbarung über die Kryokonservierung, Aufbewahrung und nachfolgende Behandlung

Hiermit kündige ich

Patient / ggf. Patientin
(nur bei Spendersperma)

Vorname, Nachname, Geburtsdatum

Partnerin
(nur bei Spendersperma)

Vorname, Nachname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____
PLZ, Ort, Straße, Telefon

den Vertrag vom _____
Ort, Datum

über Kryokonservierung von

Spendersperma **Spermien** **Hodengewebe**

Ich wünsche keine weitere Lagerung des Konservierungsgutes, es soll vernichtet werden.
Gleichzeitig widerrufe ich meine Einzugsermächtigung vom _____.

Leipzig, den _____
Datum

Patient / ggf. Patientin
(nur bei Spendersperma)

Partnerin
(nur bei Spendersperma)