

Informationsfeld Patient/in:

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

Postleitzahl, Wohnort: \_\_\_\_\_

Kinderwunschzentrum Augsburg

z. H. Abrechnung

Prinzregentenstr. 25 / III

D-86150 Augsburg

Informationsfeld Mann / Partner/in:

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

**Kündigung Kryodepot**

Sehr geehrte Damen und Herren,

da ich / wir das bei Ihnen gelagerte Kryomaterial in Form von (bitte ankreuzen)

- unbefruchteten Eizellen
- befruchteten Eizellen \*
- Blastocysten \*
- Eigensperma
- Fremdsperma \*

nicht mehr benötigen, kündige/n ich/wir hiermit mein/unser Kryodepot zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Mir/uns ist bewusst, dass nach Wirksamwerden meiner/unserer Kündigung das Kryomaterial aufgetaut und vernichtet wird.

Bitte bestätigen Sie dieses Kündigungsschreiben.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mann / Partner/in

\* Hierbei sind zwingend die Originalunterschriften beider Vertragspartner zu hinterlegen.

**Mir/uns ist bekannt, dass dieses Kündigungsschreiben mit einer Frist von einem Monat zum Ablauf der Grund-/Verlängerungszeit dem Kinderwunschzentrum Augsburg mit Originalunterschrift/en vorliegen muss. Eine Übermittlung per E-Mail oder Fax kann leider nicht angenommen werden.**