

An  
MVZ Fertility Center Hamburg GmbH  
z.Hd. Kryoverwaltung  
Speersort 4  
20095 Hamburg

**Auftrag zur Vernichtung  
der befruchteten Eizellen/Embryonen/Spendersperma**  
(Zutreffendes bitte unterstreichen)

---

**Name, Vorname, Geb.-Datum** (bitte in Druckbuchstaben)

---

**Name, Vorname, Geb.-Datum** (bitte in Druckbuchstaben)

Hiermit kündigen wir den Vertrag über Kryokonservierung und Lagerung von befruchteten Eizellen/Embryonen/Spendersperma und wünschen die Vernichtung der Lagerbestände zum Ablauf der vertraglich vereinbarten Halbjahresmiete.

---

Unterschrift der Ehefrau / Partnerin

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Ehemannes / Partners