An die Kryobank Erlangen
Nürnberger Str. 35 - 91052 Erlangen
(in Vertretung Kinderwunsch Erlangen)
Telefax: 09131-205410 - E-Mail: labor@kinderwunsch-erlangen.de

Vollmacht zur Herausgabe der Kryoproben an Dritte

Hiermit erteile(n) ich/wir

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Pat. - ID-Nummer (so vorhanden):

Kinderwunsch Erlangen die Vollmacht meine /unsere eingefrorenen

Eizellen ☐

Befruchteten Eizellen ☐

Embryonen ☐

Ejakulatproben ☐

TESE-Proben ☐

An ein von der Empfänger-Praxis gewähltes Transportunternehmen (Herausgabe an Dritte) herauszugeben.

Praxis (Name und Sitz der Praxis):
Telefonnummer:
Ansprechpartner im Labor:

Der Transport wird von der Empfänger-Praxis organisiert.

Für den Aufwand des Versandes (Dokumentation, Materialverbrauch, Kommunikation mit Transportunternehmen und Empfängerpraxis) stellen wir 166,60 € in Rechnung (inkl. MwSt.).

Ort/ Datum	***Name in Druckbuchstaben + Unterschrift (Patient / -in)***	***Name in Druckbuchstaben + Unterschrift (Partner / -in)***