

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

**Auftrag zur Vernichtung  
der Hodenbiopsien/Kryosperma/Eizellen**  
(Zutreffendes bitte unterstreichen)

---

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

Hiermit kündige ich den Vertrag über Kryokonservierung und Lagerung von Hodenbiopsien/Kryosperma/Eizellen und wünsche die Vernichtung der Lagerbestände zum Ablauf der vertraglich vereinbarten Halbjahresmiete.

---

Unterschrift

---

Ort, Datum