Patient/in

…… ……..

Name, Vorname Geburtstag

Adresse :……

Mandatsreferenz: ……

**Kündigung**

**des Vertrages über die Kryokonservierung und/ oder Lagerung von Keimzellen**

☐ Ich möchte den Vertrag zum nächst möglichen Termin kündigen.

☐ Ich möchte den Vertrag zum …… kündigen.

…….. ……

Ort, Datum Unterschrift

Diese Erklärung bitte **als Brief mit Originalunterschrift** schicken an: Kinderwunschzentrum Leipzig-Chemnitz, Goldschmidtstr. 30, 04103 Leipzig. Faxe und Emails können nicht anerkannt werden.