

An die IVF-Gesellschaft zur Förderung der Reproduktionsmedizin mbH
Nägelsbachstrasse 12 - 91052 Erlangen
(in Vertretung der Gemeinschaftspraxis der Frauenärzte - Zentrum für
Reproduktionsmedizin Hamori, Behrens, Hammel)
Telefax: 09131-205410 - E-Mail: rezeption@ivf-erlangen.de

Vollmacht zur Herausgabe der Kryoproben an Dritte

Hiermit erteile(n) ich/wir

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

ID-Nummer der GMP Hamori, Behrens, Hammel (so vorhanden):

der Gemeinschaftspraxis der Frauenärzte Hamori, Behrens, Hammel die Vollmacht meine /unsere eingefrorenen

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| Eizellen | <input type="checkbox"/> |
| Befruchteten Eizellen | <input type="checkbox"/> |
| Embryonen | <input type="checkbox"/> |
| Ejakulatproben | <input type="checkbox"/> |
| TESE-Proben | <input type="checkbox"/> |

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.

Ort / Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift