



Vollmacht GO!-Transport in das MVZ Kinderwunschzentrum

Hiermit bevollmächtige(n) ich/wir

Patientin: _____ geb. am: _____

Partner*in: _____ geb. am: _____

Adresse: _____

das MVZ Kinderwunschzentrum
Dr. med. Jürgen Krieg
Emailfabrikstraße 15
92224 Amberg

bei der folgenden Praxis:

Praxisname (Lagerort): _____

Straße Hausnummer: _____

Postleitzahl/ Ort: _____

mein/unser kryokonserviertes Material anzufordern sowie den Transport in das MVZ Kinderwunschzentrum durch den Kurierdienst GO! Express zu organisieren und zu veranlassen. Die minimale Dauer bis zur Ankunft des Materials im MVZ Kinderwunschzentrum beträgt 2 Wochen.

Es handelt sich um folgendes kryokonserviertes Material:

- kryokonservierte und lagernde **Eizellen im Vorkernstadium/Embryonen**
- kryokonservierte und lagernde **Eizellen**
- kryokonservierte(s) und lagernde(s) **Spermien / TESE-Material**

Ich/wir erkläre(n) mich/uns damit einverstanden, dass mir/uns für die durch den Transport anfallenden Kosten ein Betrag von 200 € in Rechnung gestellt wird.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift(en):

Ort /Datum

Unterschrift Patientin

Unterschrift Partner*in

MVZ Gynäkologisches Zentrum Amberg-Sulzbach GmbH, (HRB 5715-AG Amberg, GF Dr. med. Jürgen Krieg),
Hauptsitz: Emailfabrikstr. 15, 92224 Amberg

Erstellt von: Nathalie Raffel	Freigegeben von: Maxa	Geändert durch: Kopp	Version 6
Datum: 27.08.2018	Datum: 25.03.2026	Datum: 25.03.2026	