

Til Fertilitetsklinik IVF-SYD

Undertegnede giver hermed samtykke til, at mine/vores æg og embryoner må destrueres.

Med venlig hilsen

Dato: \_\_\_\_\_

**Kvinde:**

Cpr. nr: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

**Mand/samlever:**

Cpr. nr: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_