

Sänds in till  
Socialstyrelsen  
106 30 Stockholm

**Sökande**

Efternamn och förnamn		Personnr (om det saknas ange passnr/ID-nr)
Utdelningsadress, postnr och postort		E-post
Telefon bostaden (inkl. riktnr)	Telefon arbetet (inkl. riktnr)	Mobilnummer

**Medsökande**

Efternamn och förnamn		Personnr (om det saknas ange passnr/ID-nr)
Utdelningsadress, postnr och postort		E-post
Telefon bostaden (inkl. riktnr)	Telefon arbetet (inkl. riktnr)	Mobilnummer

**Redogör för skälen till varför ni vill ha förlängd frystid, varför ni inte har utnyttjat de befruktade äggen och när ni planerar att använda dessa.**

--

**Till ansökan bifogas intyg från kliniken. Av intyget bör det framgå när era befruktade ägg frystes ned och när frystiden för dessa går ut.**

**Underskrift**

Ort och datum	Sökandes underskrift
Ort och datum	Medsökandes underskrift