

<b>Número de Kit</b>	
<b>Número de caso</b>	
<b>Fecha de recepción</b>	
<b>Número de pedido</b>	

(A cumplimentar por LabGenetics)

### SOLICITUD DE PRUEBA DE ANCESTRALIDAD. LINAJE MATERNO

#### SOLICITANTE

Nombre:	Apellidos:
DNI:	Nacionalidad:

#### COMUNICACIÓN DE RESULTADOS: Correo electrónico Correo ordinario Mensajería ( + 15,00)

Dirección:	Población:	
Provincia:	Código Postal:	Tlf.:
Fax:	Correo electrónico:	

#### MUESTRAS ENVIADAS

Tipo de Muestra (Breve Descripción)	Tipo de prueba solicitada	Código LabGenetics

**El abajo firmante, mayor de edad, AUTORIZA** a LabGenetics a realizar una prueba de ancestralidad genética sobre las muestras enviadas y **DECLARA** que, en el caso de que haya menores implicados, ostenta la patria potestad sobre éstos o, en su defecto, cuenta con la autorización o capacidad legal para la toma de muestra de las demás personas implicadas en la prueba.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Nombre y firma: \_\_\_\_\_

Todos los datos de carácter personal que aparecen en este formulario, así como los resultados de los análisis, quedarán incorporados en un fichero bajo la responsabilidad de LabGenetics. De conformidad con la legislación vigente, todas las personas reseñadas en este documento podrán ejercer su derecho de oposición, acceso, rectificación y cancelación, dirigiendo un correo electrónico, debidamente identificado, a la dirección [info@labgenetics.es](mailto:info@labgenetics.es).

<b>Forma de Pago</b>	<input type="checkbox"/> Transferencia bancaria a nombre de LabGenetics Cuenta <b>IBAN ES45 2100 6181 3802 0025 5464 CAIXABANK</b>
----------------------	---