

| | |
|--------------------|--|
| Número de caso | |
| Fecha de recepción | |
| Número de pedido | |

(A cumplimentar por LabGenetics)

SOLICITUD DE PRUEBA DE ABUELIDAD INFORMATIVA

| SOLICITANTE | |
|-------------|---|
| Nombre: | Apellidos: |
| DNI: | <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija |

| COMUNICACIÓN DE RESULTADOS: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo ordinario <input type="checkbox"/> Mensajería(+15,00) | | |
|---|---------------------|------------|
| Nombre y Apellidos: | | |
| Dirección: | | Población: |
| Provincia: | Código Postal: | Tlf.: |
| Fax: | Correo electrónico: | |

| MUESTRAS ENVIADAS | | |
|-------------------|--------------------------|--------------------|
| Tipo de muestra | Relación con el caso (#) | Código LabGenetics |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

(#) Presunto abuelo paterno, Presunta abuela paterna, Presunto abuelo materno, Presunta abuela materna, Nieto/a.

El abajo firmante, mayor de edad, AUTORIZA a LabGenetics a realizar una prueba de paternidad 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.

| | |
|----------------------|---|
| Forma de Pago | <input type="checkbox"/> Transferencia bancaria a nombre de LabGenetics S.L.. |
| | Cuenta: IBAN ES45 2100 6181 3802 0025 5464 CAIXABANK |
| | <input type="checkbox"/> Pago con tarjeta VISA: Cantidad: _____ euros |
| | Número de Tarjeta: ____ / ____ / ____ / ____ |
| | Fecha de caducidad: __ / __ |