



Centrum Badań DNA Sp. z o.o.
Laboratorium Genetyki Medycznej
ul. Ściegiennego 20, 60-128 Poznań
tel.: 509 658 006, fax: 61 623 25 26
e-mail: bok@cbdna.pl, www.cbdna.pl

NR ZLECENIA:

Wypełnia CB DNA

Data i godzina
przyjęcia materiału:

FORMULARZ ZLECENIA BADAŃ W KIERUNKU IDENTYFIKACJI OSOBNICZEJ

wersja 01/06/19

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

BADANIE NA ZLECENIE PRYWATNE (DANE PŁATNIKA):		DANE KONTRAHENTA ZLECAJĄCEGO BADANIE	
Imię:		Pieczęć jednostki zlecającej:	
Nazwisko:			
Adres zamieszkania:			
Ulica:..... nr.....			
Miejscowość:..... kod:.....			
PESEL:		
data urodzenia: D D M M R R		kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/>	
tel. kontaktowy:		data	
e-mail:		podpis osoby upoważnionej	
Numer kontrahenta:		tel. kontaktowy:	
Adres:			
tel. kontaktowy / e-mail:			

Wypełnienie powyższych pól jest warunkiem koniecznym do przyjęcia zlecenia, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21.01.2009 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz. U. 2009 r. Nr 22, poz. 128 ze zm.)

MATERIAŁ DO BADAŃ:		
Rodzaj materiału:	Data i godzina pobrania:	Imię i nazwisko pobierającego:

Kolorem czerwonym oznaczono dane niezbędne do przyjęcia zlecenia!

RODZAJ TESTU:	
<input type="checkbox"/> TEST NA OJCOSTWO, 2 osoby (dziecko + domniemany ojciec), do celów prywatnych, badanie 21 markerów	
Rodzaj materiału: WYMAZ liczba osób <input type="checkbox"/> KREW liczba osób <input type="checkbox"/>	Termin realizacji*: 10 dni <input type="checkbox"/> 5 dni <input type="checkbox"/>
Rodzaj materiału: MIKROŚLAD liczba osób <input type="checkbox"/> WYMAZ liczba osób <input type="checkbox"/> KREW liczba osób <input type="checkbox"/>	Termin realizacji*: 14 dni <input type="checkbox"/> 7 dni <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TEST NA OJCOSTWO ROZSZERZONY, 3 osoby (biologiczna matka + dziecko + domniemany ojciec), do celów prywatnych, badanie 21 markerów	
Rodzaj materiału: WYMAZ liczba osób <input type="checkbox"/> KREW liczba osób <input type="checkbox"/>	Termin realizacji*: 10 dni <input type="checkbox"/> 5 dni <input type="checkbox"/>
Rodzaj materiału: MIKROŚLAD liczba osób <input type="checkbox"/> WYMAZ liczba osób <input type="checkbox"/> KREW liczba osób <input type="checkbox"/>	Termin realizacji*: 14 dni <input type="checkbox"/> 7 dni <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PROFIL GENETYCZNY DLA 1 OSOBY ustalenie profilu genetycznego dla 1 osoby, badanie 21 markerów	
<input type="checkbox"/> PROFIL GENETYCZNY DLA 1 OSOBY + PORÓWNANIE Z WCZEŚNIEJSZYMI WYNIKAMI BADAŃ, badanie 21 markerów	
<input type="checkbox"/> DODATKOWA OSOBA, powyżej 2 osób do testu na ojcostwo, powyżej 3 osób do testu na ojcostwo rozszerzonego, badanie 21 markerów	
<input type="checkbox"/> IDENTYFIKACJA PŁCI MARTWEGO PŁODU	

MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU LUB DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO JEGO ODBIORU:	
Imię i nazwisko:	tel. kontaktowy:
Adres:	

DEKLAROWANY SPOSÓB ODBIORU BADAŃ:	
<input type="checkbox"/> Odbiór osobisty w laboratorium	<input type="checkbox"/> Przesyłka pocztowa polecona (bezpłatnie)
<input type="checkbox"/> Przesyłka kurierska (doliczyć do ceny testu 30 zł)	<input type="checkbox"/> Przesyłka poście restante (wymagane jest podanie adresu placówki pocztowej w uwagach)

UWAGI OSOBY ZLECAJĄCEJ:

*termin realizacji dotyczy dni roboczych

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUGĄ STRONĘ FORMULARZA

Laboratorium zastrzega sobie możliwość ponownego pobrania materiału biologicznego, w sytuacjach, gdy nie jest możliwe wydanie informatywnego wyniku z przyczyn niezależnych od laboratorium (słaba jakość lub niewystarczająca ilość materiału).

Zgodnie z art.13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) laboratorium informuje, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Centrum Badań DNA Sp. z o.o. ul. Rubież 46; 61-612 Poznań
- 2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust. 1 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- 3) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz umowy współpracy z Administratorem Danych Osobowych
- 4) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 20 lat
- 5) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania
- 6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
- 7) podanie danych osobowych jest obligatoryjne na mocy przepisu prawa

Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych zawartych w ankiecie do celów badawczych.

Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystanie materiału genetycznego do badań naukowych, wpływających na poszerzenie wiedzy z zakresu zakażeń mikrobiologicznych lub chorób dziedzicznych.

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016):

wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych.

Oświadczenie:

1. Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem świadczenia usług badań diagnostycznych na rzecz Klientów Centrum Badań DNA Sp. z o.o.
2. Jest mi znany typ zamawianego testu, jego warunki oraz cena.
3. Załączone próbki materiału biologicznego pochodzące od osób pełnoletnich zostały pobrane za ich zgodą (nie dotyczy mikrośladów), a od osób niepełnoletnich za wiedzą i zgodą ich prawnych opiekunów.

.....
Data i podpis Zleceniodawcy