

FORMULARZ ZLECENIA BADAŃ GENETYCZNYCH W KIERUNKU USTALENIA POKREWIEŃSTWA

Zał. nr 6 do . P1
wersja 5

Badanie na zlecenie prywatne (dane płatnika): **Badanie na zlecenie wymiaru sprawiedliwości:**

Imię:	Nazwa Sądu/Prokuratury:
Nazwisko:	
Adres zamieszkania:	Nr sprawy / sygn. akt:
Ulica:..... nr.....	Adres Sądu / Prokuratury:
Miejscowość:..... kod:.....	Ulica:..... nr.....
PESEL:	Miejscowość:..... kod:.....
data urodzenia: D D M M R R	kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/>
tel. kontaktowy:	
e-mail:	tel. kontaktowy:

Wypełnienie powyższych pól jest warunkiem koniecznym do przyjęcia zlecenia, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23. 03. 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz. U. 2006 r. Nr 61, poz. 435 ze zm.) oraz wymaganiami normy ISO 9001:2008

MATERIAŁ DO BADAŃ:

Rodzaj materiału:	Data i godzina pobrania:	Imię i nazwisko pobierającego:
--------------------------	---------------------------------	---------------------------------------

Kolorem czerwonym oznaczono dane niezbędne do przyjęcia zlecenia!

Rodzaj testu:

1. Genetyczna identyfikacja osobnicza:

CENA:

<input type="checkbox"/> Profil genetyczny (ustalenie profilu genetycznego 1 osoby, czas realizacji do 7 dni, cena - 450 zł)	
<input type="checkbox"/> STANDARD (badanie pokrewieństwa 2-3 osoby, dotyczy tylko zleceń do celów prywatnych, czas realizacji wymaz - 10 dni, mikroślady - 14 dni, cena - 899 zł)	
<input type="checkbox"/> EXPRESS (badanie pokrewieństwa 2-3 osoby, dotyczy tylko zleceń do celów prywatnych, czas realizacji wymaz - 5 dni, mikroślady - 7 dni, cena - 1499 zł)	
<input type="checkbox"/> EXPERT (badanie pokrewieństwa 2-3 osoby, do celów sądowych z opinią biegłego sądowego, czas realizacji do 10 dni, cena - 1799 zł)	
<input type="checkbox"/> Badanie genealogiczne linii ojcowskiej (1 osoba płci męskiej, do celów ustalenia pochodzenia, czas realizacji do 7 dni, cena - 700 zł)	
<input type="checkbox"/> Identyfikacja płci martwego płodu (materiał: płód lub kosmówka, czas realizacji do 14 dni, cena - 390 zł)	

2. Dodatkowe usługi:

CENA:

<input type="checkbox"/> Badanie mikrośladów (400 zł za każdą próbkę)	liczba mikrośladów <input type="checkbox"/> x 400 zł	
<input type="checkbox"/> Profil genetyczny dla 1 osoby + porównanie z wcześniejszymi wynikami (500 zł)		
<input type="checkbox"/> Opinia biegłego (800 zł)		
<input type="checkbox"/> Dodatkowa osoba (powyżej 3, za każdą osobę 450 zł)	liczba osób <input type="checkbox"/> x 450 zł	
<input type="checkbox"/> Rozszerzenie badań o dodatkowe 17 alleli (2-3 osoby płci męskiej, koszt 500zł)		
<input type="checkbox"/> Rozszerzenie badań o dodatkowe 2 układy autosomalne - pentaD i pentaE (2-3 osoby, koszt 200 zł)		

SUMA:

MIJSCIE PRZESŁANIA WYNIKU LUB DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO JEGO ODBIORU:

Imię i nazwisko: tel. kontaktowy:
Adres:

3. Deklarowany sposób odbioru wyników badań:

<input type="checkbox"/> Odbiór osobisty w laboratorium	<input type="checkbox"/> Przesyłka pocztowa polecona (bezpłatnie)
<input type="checkbox"/> Przesyłka kurierska (30 zł za pobraniem)	<input type="checkbox"/> Przesyłka poste restante (wymagane jest podanie adresu placówki pocztowej w Uwagach)

Uwagi osoby zlecającej badanie:

- ⚠ Laboratorium zastrzega sobie możliwość ponownego pobrania materiału biologicznego, w sytuacjach gdy nie jest możliwe wydanie informatywnego wyniku z przyczyn niezależnych od laboratorium.
- ⚠ Laboratorium zastrzega sobie możliwość anonimowego wykorzystania materiału genetycznego do badań naukowych, wpływających na poszerzenie wiedzy z zakresu zakażeń mikrobiologicznych lub chorób dziedzicznych. W przypadku nie wyrażenia zgody proszę zaznaczyć:

Oświadczenie:

- Jest mi znany typ zamawianego testu, jego warunki oraz cena.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz wyników badań w zakresie niezbędnym do ich opracowania zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, ze zm.).
- Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych zawartych w ankiecie do celów promocyjnych, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. R 101, poz. 926, ze zm.). W przypadku nie wyrażenia zgody proszę zaznaczyć:

.....
miejscowość i data

.....
podpis osoby zlecającej

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI