



Centrum Badań DNA Sp. z o.o.
Laboratorium Genetyki Medycznej
ul. Mickiewicza 31, pok.19, 60-835 Poznań
tel.: 61 646 85 85, 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

Zał. nr 6 do . P1
wersja 12

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

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:	
DANE KONTRAHENTA ZLECAJĄCEGO BADANIE (adres przesłania wyniku):			
Numer kontrahenta:		Pieczęć jednostki zlecającej:	
Adres:			
tel. kontaktowy / e-mail:	 data podpis osoby upoważnionej	
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.) 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:			
<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"/> 7 dni <input type="checkbox"/> 48h (zlecenie badania po <input type="checkbox"/> uzgodnieniu z laboratorium)	
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"/> 10 dni <input type="checkbox"/> 5 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"/> 7 dni <input type="checkbox"/> 48h (zlecenie badania po <input type="checkbox"/> uzgodnieniu z laboratorium)	
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"/> 10 dni <input type="checkbox"/> 5 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"/> TEST NA OJCOSTWO DO CELÓW SĄDOWYCH, 2 lub 3 osoby, do celów sądowych z opinią biegłego sądowego, badanie 21 markerów			
<input type="checkbox"/> PROFIL GENETYCZNY DO CELÓW SĄDOWYCH DLA 1 OSOBY, 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"/> ROZSZERZENIE BADAŃ O DODATKOWE 17 ALLELI CHROMOSOMU Y, dotyczy testu na ojcostwo i testu na ojcostwo rozszerzonego, 2-3 osoby płci męskiej			
<input type="checkbox"/> IDENTYFIKACJA PŁCI MARTWEGO PŁODU			
<input type="checkbox"/> BADANIE ŚLADÓW KRWI obecność oraz identyfikacja gatunkowa krwi ludzkiej			
<input type="checkbox"/> BADANIE PLAM NASIENIA ujawnienie obecności plam nasienia ludzkiego			

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUGĄ STRONĘ FORMULARZA

MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU LUB DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO JEGO ODBIORU:

Imię i nazwisko: tel. kontaktowy:
Adres:

DEKLAROWANY SPOSÓB ODBIORU BADAŃ:

Odbiór osobisty w laboratorium Przesyłka pocztowa polecona (bezpłatnie) Przesyłka kurierska (doliczyć do ceny testu 30 zł) Przesyłka poste restante (wymagane jest

UWAGI OSOBY ZLECAJĄCEJ:

- ⚠ 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:

1. Jest mi znany typ zamawianego testu, jego warunki oraz cena.
2. 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.
3. 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.).
4. 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:
5. Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem świadczenia usług badań diagnostycznych na rzecz Klientów Centrum Badań DNA Sp. z o.o

.....
miejscość i data

.....
PODPIS OSOBY ZLECAJĄCEJ