

FORMULARZ ZAMÓWIENIA BADANIA Z DANYMI OSOBOWYMI

DANE OSOBY ZLECAJĄCEJ:

Ważne! Wynik badania dostępny będzie w panelu pacjenta pod adresem: <https://klient.centrumdna.pl>. Do zalogowania NIEZBĘDNE jest podanie prawidłowego adresu e-mail oraz numeru telefonu. Nieczytelne wpisanie danych może uniemożliwić odbiór wyniku.

Imię i nazwisko zleceniodawcy*:
E-mail*: Telefon*:

DANE OSÓB BADANYCH:

DOMNIEMANY OJCIEC:

IMIĘ*:

NAZWISKO*:

PESEL / Data urodzenia:

Data pobrania materiału:

Rodzaj materiału*:

- WYMAZ
 MIKROŚLAD jaki:

1.
2.
3.

Czy pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku/transfuzję krwi* TAK NIE

DZIECKO:

IMIĘ*:

NAZWISKO*:

PESEL / Data urodzenia:

Płeć*: KOBIETA MĘŻCZYZNA

Data pobrania materiału:

Rodzaj materiału*:

- WYMAZ
 MIKROŚLAD jaki:

1.
2.
3.

Czy pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku/transfuzję krwi* TAK NIE

DZIECKO 2:

IMIĘ***:

NAZWISKO***:

PESEL / Data urodzenia:

Płeć***: KOBIETA MĘŻCZYZNA

Data pobrania materiału:

Rodzaj materiału**:

- WYMAZ
 MIKROŚLAD jaki:

1.
2.
3.

Czy pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku/transfuzję krwi* TAK NIE

MATKA:

IMIĘ***:

NAZWISKO***:

PESEL / Data urodzenia:

Data pobrania materiału:

Rodzaj materiału**:

- WYMAZ
 MIKROŚLAD jaki:

1.
2.
3.

Czy pacjent miał wykonywany przeszczep szpiku/transfuzję krwi* TAK NIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO znajdującą się na stronie internetowej www.testdna.pl/rodo



podpis domniemanego ojca*

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO znajdującą się na stronie internetowej www.testdna.pl/rodo
Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych.



podpis prawnego opiekuna
lub pełnoletniego dziecka*

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO znajdującą się na stronie internetowej www.testdna.pl/rodo
Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych.



podpis prawnego opiekuna
lub pełnoletniego dziecka**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO znajdującą się na stronie internetowej www.testdna.pl/rodo



podpis**

OŚWIADCZENIE ZLECENIODAWCY BADANIA:

Ja, niżej podpisany/a świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań oraz odpowiedzialności cywilnej za wyrządzoną szkodę oświadczam, że:

1. Podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.
2. Jest mi znany typ zamawianego badania, jego warunki, cena, termin realizacji oraz metoda badawcza (Procedura Badawcza PB-01 „Ustalenie ojcostwa na podstawie analizy DNA z zastosowaniem multipleksowej amplifikacji polimorficznych loci STR”, wydanie 11 z dnia 06.06.2022, pobór próbek nie jest objęty zakresem akredytacji).
3. Matka dziecka nie jest biologicznie spokrewniona z domniemanym ojcem, a rozważalni potencjalni ojcowie nie są krewnymi pierwszego lub drugiego stopnia.
4. Zleceniodawca badania jest osobą pełnoletnią.

Jednocześnie zobowiązuje się do uregulowania opłaty w terminie nie dłuższym niż 3 dni robocze od dnia złożenia niniejszego zamówienia oraz przyjmuję do wiadomości, że testDNA Sp. z o.o. Sp. k. uprawniona jest do wstrzymania się z realizacją badania do dnia uregulowania opłaty oraz windykacji należności.

Zostałem/am poinformowany/a o tym, że:

1. W sytuacji, gdy laboratorium (z przyczyn niezależnych) nie jest w stanie wydać informatywnego wyniku, może zaistnieć konieczność włączenia do badania dodatkowych próbek.
2. W niektórych przypadkach wynik może być niejednoznacznie lub niewłaściwie zinterpretowany np. gdy: 2.1 Pokrewieństwo pomiędzy członkami danej rodziny jest inne niż deklarowane. 2.2 Wykonano transfuzję krwi lub przeszczep szpiku kostnego w ciągu dwóch miesięcy przed pobraniem materiału do badań genetycznych.
3. Przesłane do badania próbki zostaną zutylizowane w terminie 3 miesięcy od zakończenia badania.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO znajdującą się na stronie internetowej www.centrumdna.pl/rodo

Uwaga: Podpis we wszystkich polach zaznaczonych na żółto jest wymagany

* pola wymagane

** pola wymagane w sytuacji, kiedy w badaniu bierze udział matka lub dodatkowa osoba



Data i czytelny podpis osoby zlecającej badanie*