

<b>Número de caso</b>	
<b>Fecha de recepción</b>	
<b>Número de pedido</b>	

(A cumplimentar por LabGenetics)

### SOLICITUD DE ANÁLISIS DE FLUIDOS BIOLÓGICOS DE CARÁCTER INFORMATIVO

#### SOLICITANTE

Nombre:	DNI:
Apellidos:	

#### COMUNICACIÓN DE RESULTADOS: Correo electrónico Correo ordinario Mensajería ( + 15,00)

Dirección:	Población:	
Provincia:	Código Postal:	Tlf.:
Fax:	Correo electrónico:	

#### MUESTRAS ENVIADAS

Tipo de Muestra (Breve Descripción)	Tipo de prueba solicitada (#)	Código LabGenetics

(#) Indique el número correspondiente al análisis solicitado:

<b>(1) Detección de semen</b>	<b>(2) Detección de saliva</b>	<b>(3) Detección de sangre</b>
-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

**El abajo firmante AUTORIZA** a LabGenetics a realizar la prueba arriba indicada y **DECLARA** que es la persona que dona la muestra o que, 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.com.es](mailto:info@labgenetics.com.es).

<b>Forma de Pago</b>	<input type="checkbox"/> Transferencia bancaria a nombre de LabGenetics S.L. Cuenta: <b>IBAN ES45 2100 6181 3802 0025 5464 CAIXABANK</b>
	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito: Nº ____ / ____ / ____ / ____ Caducidad: __ / __