

<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 Correo certificado

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

**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 Cuenta 2038 - 1875 - 14 - 6000237476 de <i>CajaMadrid</i> Cuenta 2100 - 4563 - 97 - 0200151285 de <i>La Caixa</i>
	<input type="checkbox"/> Pago con tarjeta VISA o MasterCard: Cantidad: _____ euros
	Número de Tarjeta: ____ / ____ / ____ / ____
	Fecha de caducidad: __ / __