

Número de caso	
Fecha de recepción	
Número de pedido	

(A cumplimentar por LabGenetics)

SOLICITUD DE PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN GENÉTICA INFORMATIVA

SOLICITANTE

Nombre:	Apellidos:
DNI:	Nacionalidad:

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:

(1) Huella Genética (ADN nuclear)	(2) Estudio de ADN mitocondrial	(3) Determinación de sexo
--	--	----------------------------------

El abajo firmante, mayor de edad, AUTORIZA a LabGenetics a realizar una prueba de identificación genética sobre las muestras enviadas y **DECLARA** que, en el caso de que haya menores implicados, ostenta la patria potestad sobre éstos o, 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.

Forma de Pago	<input type="checkbox"/> Transferencia bancaria o ingreso en cuenta de BANKIA: 2038 - 1875 - 14 - 6000237476 IBAN: ES90 2038 1875 1460 0023 7476 BIC (Swift): CAHMESMMXXX
	<input type="checkbox"/> Transferencia bancaria o ingreso en cuenta de La Caixa: 2100 - 4563 - 97 - 0200151285 IBAN: ES57 2100 4563 9702 0015 1285 BIC (Swift): CAIXESBBXXX
	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito: Nº ____ / ____ / ____ / ____ Caducidad: __ / __