

Número de Kit	
Número de caso	
Fecha de recepción	
Número de pedido	

(A cumplimentar por LabGenetics)

SOLICITUD DE PRUEBA DE PATERNIDAD INFORMATIVA

SOLICITANTE	
Nombre:	Apellidos:
DNI:	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija

COMUNICACIÓN DE RESULTADOS: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo ordinario <input type="checkbox"/> Correo certificado		
Nombre y Apellidos:		
Dirección:		Población:
Provincia:	Código Postal:	Tlf.:
Fax:	Correo electrónico:	

MUESTRAS ENVIADAS		
Tipo de muestra	Relación con el caso (#)	Código LabGenetics

(#) Madre, Hijo/a, Presunto Padre, Presunta Madre

El abajo firmante, mayor de edad, AUTORIZA a LabGenetics a realizar una prueba de paternidad 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 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: Cantidad: _____ euros Número de Tarjeta: ____ / ____ / ____ / ____ Fecha de caducidad: __ / __