



FORMULARIO DE ENVÍO DE MUESTRAS

SOLICITAR RECOGIDA DE LA MUESTRA EN EL 966.261.268

Datos del Solicitante

| | | |
|-------------------------------------|-----------------------|--------------------|
| Centro de trabajo/Hospital/Consulta | Servicio/Departamento | Fecha |
| Nombre | Apellido | Correo Electrónico |
| Dirección | | Ciudad |
| Provincia | Código Postal | País |
| | | Teléfono |

Datos del Paciente

| | | | |
|------------|---------------------|----------|--------------------|
| Nombre | Apellidos | Sexo | Fecha |
| Nacimiento | Nº Historia Clínica | Nº S.S. | |
| Provincia | Código Postal | Teléfono | Correo Electrónico |

Datos de la Muestra

| | | |
|-----------------|-----------|------------------|
| Tipo de muestra | Obtención | Fecha Extracción |
|-----------------|-----------|------------------|

Datos Clínicos *(se recomienda adjuntar informes)*

| | |
|------------|--|
| Indicación | Resumen Hª Cª o Antecedentes Pertinentes |
|------------|--|

Test Solicitado

REFERENCIA:



BIOARRAY
Diagnóstico Genético

Bioarray, S.L.
Parque Científico y Empresarial de la UMH
Edificio Quorum III
Avda. de la Universidad s/n
03202 Elche (Alicante) Spain
Tlf: +56 2 293 82 100
www.bioarray.es

Datos de Facturación

Centro de trabajo/Hospital/Consulta

CIF

Nombre

Apellido

Correo Electrónico

Dirección

Ciudad

Provincia

Código Postal

País

Teléfono

Persona Autorizada

Firma y Sello

Envío de Muestras

1. Complete este formulario, consentimiento informado, adjúntelo con el justificante de pago y la documentación que considere oportuna en un sobre cerrado a la atención de Bioarray S.L.
2. Realice extracción de ADN en cantidad total mínima de 1µg.
3. Introduzca el tubo con la muestra en un sobre acolchado para protegerla de posibles roturas.
4. Adjunte formulario, documentación y la muestra para su envío en un paquete apropiado (preferiblemente un sobre acolchado).

Conforme a la Ley 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y a la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, el peticionario debe disponer del consentimiento del paciente para llevar a cabo las pruebas diagnósticas solicitadas y para el tratamiento de sus datos. De este modo, y como información a facilitar al paciente, hemos de comunicarles que los datos recogidos en el presente formulario serán incorporados a un fichero automatizado de carácter confidencial, debidamente inscrito en la Agencia Española de Protección de Datos, conforme a los términos establecidos en la Ley 15/1999, cuya titularidad corresponde a Bioarray, S.L, con la finalidad de gestionar el estudio de diagnóstico en el formulario descrito, pudiendo ejercer el paciente en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, reconocidos por la citada normativa en materia de protección de datos de carácter personal, dirigiéndose a la siguiente dirección : Bioarray, S.L., Polígono Imperial, Calle K, 03330 Crevillente, Alicante.