

401 ΓΣΝΑ
ΚΕΝΤΡΟ ΜΟΡΙΑΚΗΣ ΒΙΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Δ.
ΑΘΗΝΑ, ΤΗΛ.: 210-7494749

ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

(Δειγματοληψία που έγινε εκτός του Κέντρου Μοριακής Βιολογίας Ε.Δ.)

Υπογράφοντας το έντυπο αυτό, εξουσιοδοτώ να μου αφαιρεθεί μικρή ποσότητα αίματος (περίπου 3 κ. εκ.). Εξ όσων γνωρίζω, η αφαίρεση της πιο πάνω ποσότητας αίματος δε θα μου προκαλέσει οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας. Γνωρίζω ότι το αίμα μου θα αποθηκευτεί σε ειδική τράπεζα και, αν απαιτηθεί, το γενετικό μου υλικό θα διαφυλαχθεί και θα καταχωρηθεί στο Κέντρο Μοριακής Βιολογίας Ε.Δ.. Το γενετικό μου υλικό θα χρησιμοποιηθεί μόνο για εξειδικευμένες αναλύσεις που θα έχουν ως στόχο τη διερεύνηση της τύχης των αγνοουμένων ή/και την αναγνώριση της ταυτότητας των λειψάνων αγνοουμένων και πεσόντων, ανάλογα με το τι ισχύει για τη δική μου περίπτωση. Τα αποτελέσματα των γενετικών αναλύσεων που θα γίνουν θα καταχωρούνται σε προγράμματα ηλεκτρονικών υπολογιστών και θα μπορούν να χρησιμοποιηθούν εμπιστευτικά μόνο από το προσωπικό του Κέντρου και του αντίστοιχου Επιτελείου για τους παραπάνω σκοπούς. Τα συμπεράσματα θα κοινοποιηθούν σε εμένα από εξουσιοδοτημένα άτομα του ΓΕΣ.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:.....

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:...

Α.Τ.....

ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

EMAIL:.....

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΓΟΝΕΩΝ:..

.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ:.....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΓΝΟΟΥΜΕΝΟΥ/ΠΕΣΟΝΤΑ.....

Ο αγνοούμενος/πεσών ήταν
(συμπληρώνεται η ακριβής συγγένεια μεταξύ του ατόμου που δίδει το αίμα και του αγνοούμενου/πεσόντα).

Στοιχεία του ατόμου που διενήργησε την αιμοληψία:

ΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ