

## Biopankkikielto

Kiellän näytteideni ja tietojeni siirron Auria Biopankkiin, käsittelyn biopankissa ja luovutuksen biopankkitutkimukseen.

Kielto astuu voimaan kun Auria Biopankki on vastaanottanut allekirjoitetun lomakkeen.

Kiellon antajan tiedot:

Henkilötunnus

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kiellon antajan koko nimi

---

Osoite

---

---

Päiväys ja allekirjoitus

---

Lähetä kielto osoitteeseen:  
Biopankin johtaja  
Auria Biopankki  
PL 52  
20521 Turku

VSSHP:n sisäpostiosoite  
*(vain VSSHP:n henkilökunnalle)*  
Biopankin johtaja  
Auria Biopankki, MD4C  
Putkipostiosoite 542

Kiellon vastaanotto (Auria Biopankki täyttää)

Nimi, päiväys, allekirjoitus: \_\_\_\_\_