

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
Patologia, os. 937

Kiellon vastaanotto (Auria Biopankki täyttää)

Nimi, päiväys, allekirjoitus: _____