

## Biopankkikielto - Alaikäiset

Kiellän alaikäisen lapseni näytteiden ja tietojen siirron Auria Biopankkiin, käsittelyn biopankissa ja luovutuksen biopankkitutkimukseen. Lapsi voi myös yksin tehdä kiellon, mikäli hän on 12-17 –vuotias.

Kielto astuu voimaan kun Auria Biopankki on vastaanottanut allekirjoitetun lomakkeen.

Lapsen henkilötunnus:

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

Lapsen koko nimi:

---

Osoite:

---



---

Lapsen allekirjoitus ja päiväys:

---

Huoltajan koko nimi:

---

Huoltajan henkilötunnus:

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

Huoltajan osoite:  
(ellei sama kuin lapsen)

---



---

Huoltajan allekirjoitus ja päiväys

---

**Lähetä kiello 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: \_\_\_\_\_