



Biopankkikielto alaikäisen puolesta

Kiellän alaikäisen lapseni _____ (nimi) _____ (henkilötunnus)

_____ (osoite)

näytteiden ja tietojen siirron Tampereen Biopankkiin, käsittelyn biopankissa ja luovutuksen biopankkitutkimukseen.

Kielto astuu voimaan, kun Tampereen Biopankki on vastaanottanut allekirjoitetun lomakkeen.

Kiellon antajan tiedot:

Kiellon antajan nimi: _____
(sukunimi, etunimi)

Henkilötunnus: _____
(tai sen puuttuessa syntymäaika)

Osoite: _____

Allekirjoituksellani vahvistan kiellon:

Paikka ja päiväys: _____

Allekirjoitus: _____

Kiellon vastaanotto (Tampereen Biopankki täyttää):

Paikka ja päiväys: _____

Vastaanottajan allekirjoitus: _____

Vastaanottajan nimenselvennys: _____

**Voitte postittaa
kieltokaavakkeen
Tampereen Biopankkiin
tai palauttaa sen
sairaalaan tullessanne.**

Palautus (postimaksu maksettu):

Tampereen Biopankki
Tampereen yliopistollinen sairaala
INFO:924
TUNNUS: 5003897
00003 VASTAUSLÄHETYS

PSHP sisäpostiosoite:

(vain PSHP:n henkilökunnalle)
Tampereen Biopankki
FM5, 1.krs.