



Vérminta külföldre szállításáról szóló kérelem

Alulírott (név) , (szül.idő és hely ,

(anyja neve) , kérem, hogy a /megfelelő rész aláhúzandó/

1. tőlem

2. törvényes képviseltemtől, gyermekemtől (név:)

FABER multiplex allergia tesztre levett vérmintát és a minta azonosításra, egészségügyi dokumentáció elkészítésére szolgáló személyazonosító adataimat (vezetéknév, keresztnév, nem, születési hely és dátum, lakcím) PrimaLab (New Health Kft.) mint egészségügyi szolgáltató (cím: 1015 Budapest Ostrom u.16.) a laborvizsgálat elvégzése céljából 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről alapján a PMP EXPRESS LOGISZTIKAI Kft-vel a laborvizsgálatot végző olaszországi Centri Associati di Allergologia Molecolare Laboratorio di Analisi Cliniche Vie Le Pastine, (3 ZIP 04013, Sermoneta-Italy) laboratóriumba szállíttassa. A Centri Associati di Allergologia Molecolare Laboratorio di Analisi Cliniche Vie Le Pastine Olaszországban hatósági engedéllyel működő egészségügyi szolgáltató.

Tudomásul veszem, hogy a laborvizsgálati eredményt írásos formában fogom megkapni a Corden International Egészségügyi Szervező és Kereskedelmi Kft-től. A PrimaLab leletküldés-vállalási ideje a minta PrimaLabhoz beérkezését követő 25 munkanap.

Továbbá tudomásul veszem, hogy a laborvizsgálat elvégzését követően a vérmintából megmaradt mintát a Centri Associati di Allergologia Molecolare Laboratorio di Analisi Cliniche Vie Le Pastine 2 hétig tárolja, melyet követően megsemmisít.

Tudomásul veszem, hogy a minta szállítása, feldolgozása során a legnagyobb körültekintés mellett is történhetnek előre nem látható problémák, melyek a minta sérülését esetleg megsemmisülését eredményezhetik. Tudomásul veszem, hogy ilyen esetben a szolgáltató a mintavételt és küldést saját költséggel megismétli, és kijelentem, hogy ezen belül kártérítésre, költségtérítésre igényt nem tartok.

Kelt.:....., 20.....

.....
páciens (törvényes képviselőjének) aláírása