

## WIDERRUF DER ZUSTIMMUNG NACH INKENNTNISSETZUNG

Ich, \_\_\_\_\_,  
der Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_, wohnhaft in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ und im Besitz eines  
Personalausweises/einer Identitätsnummer. \_\_\_\_\_, **in meinem  
eigenen Namen und mit meinem eigenen Recht**

\* Dieses Feld ist auszufüllen, wenn die Person, der die biologische Probe entnommen wird, volljährig ist und keine Unterstützungsmaßnahmen für die Ausübung ihrer Rechtsfähigkeit, einschließlich Vertretung, in Anspruch nimmt.

Ich, \_\_\_\_\_,  
der Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_, wohnhaft in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ und im Besitz eines  
Personalausweises/einer Identitätsnummer. \_\_\_\_\_, **in meinem  
eigenen Namen und mit meinem eigenen Recht und**

Ich, \_\_\_\_\_,  
mit der Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_, wohnhaft in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ und Inhaber des  
Personalausweises Nr. \_\_\_\_\_, handle als gesetzlicher Vertreter der  
oben genannten Person und versichere unter meiner Verantwortung, dass es keinen  
Interessenkonflikt zwischen mir und der von mir vertretenen Person gibt.

\* Dieses Feld ist auszufüllen, wenn die Person, der die biologische Probe entnommen wird, minderjährig ist oder Unterstützungsmaßnahmen für die Ausübung ihrer Rechtsfähigkeit unterliegt, die ihre Vertretung einschließen, es ihr aber möglich ist, auf der Grundlage des Grades der Hinlänglichkeit ihres Willens an der Entscheidungsfindung teilzunehmen, in diesem Fall oder seine Volljährigkeit im Falle eines Minderjährigen (die in jedem Fall vermutet wird, wenn er älter als 12 Jahre ist), da in beiden Fällen auch der Vollmachtgeber seine Zustimmung sowie die seines gesetzlichen Vertreters geben muss.

Ich, \_\_\_\_\_,  
Staatsangehöriger von \_\_\_\_\_, wohnhaft in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ und Inhaber des Personalausweises Nr.  
\_\_\_\_\_, handle als gesetzlicher Vertreter von \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Staatsangehöriger von \_\_\_\_\_,  
wohnhaft in \_\_\_\_\_  
und Inhaber des Personalausweises Nr. \_\_\_\_\_, und versichere unter  
meiner Verantwortung, dass zwischen mir und meinem Auftraggeber kein  
Interessenkonflikt besteht.

\* Dieses Feld ist auszufüllen, wenn die Person, der die biologische Probe entnommen  
wird, minderjährig ist oder Unterstützungsmaßnahmen für die Ausübung der Rechtsfähigkeit,  
einschließlich der Vertretung, unterliegt und es ihr darüber hinaus nicht möglich ist, am  
Entscheidungsprozess teilzunehmen, weil die im vorhergehenden Feld beschriebenen  
Bedingungen nicht erfüllt sind.

Ich erkläre hiermit meinen Wunsch, die am Datum \_\_\_\_\_  
erteilte Zustimmung zur Erbringung von Dienstleistungen durch "24GENETICS,  
S.L." zu widerrufen, und ziehe daher meine Genehmigung zur Fortsetzung des  
vertraglich vereinbarten Tests und/oder Berichts zurück.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift(en)

**Dieses Widerrufsdokument ist an die folgende Adresse zu senden:**

"24GENETICS, S.L."  
Paseo de la Castellana, n.º 95, planta 28  
Madrid (C. P. 28046)-SPANIEN