

COFNIĘCIE ŚWIADOMEJ ZGODY

Ja, _____
posiadający obywatelstwo _____, zamieszkały pod adresem _____
_____ oraz
posiadający kartę DNI/ID nr. _____, **w moim imieniu i we własnym
imieniu**

* To pole należy wypełnić, jeżeli osoba, od której pobierana jest próbka biologiczna, jest pełnoletnia i nie podlega środkom towarzyszącym w zakresie wykonywania jej zdolności prawnej, w tym reprezentacji.

Ja, _____
posiadający obywatelstwo _____, zamieszkały pod adresem _____
_____ oraz posiadający
kartę DNI/ID nr. _____, **we własnym imieniu i na własny rachunek; oraz**

Ja, _____
posiadający obywatelstwo _____, zamieszkały na _____
_____ i posiadający kartę
DNI/ID nr. _____, jako przedstawiciel ustawowy wyżej wymienionych
osób i gwarantując na swoją odpowiedzialność, że nie ma konfliktu interesów
pomiędzy mną a moim mocodawcą.

* Jest to pole, które należy wypełnić, jeżeli osoba, od której pobierana jest próbka biologiczna, jest małoletnia lub podlega środkom towarzyszącym w zakresie korzystania z jej zdolności do czynności prawnych, w tym reprezentacji, ale może uczestniczyć w procesie podejmowania decyzji zgodnie ze stopniem wystarczalności jej woli, w tym przypadku, lub jego dojrzałości, w przypadku osoby małoletniej (co będzie domniemane w każdym przypadku, jeśli ukończyła ona 12 lat), pamiętając, że w obu przypadkach osoba reprezentowana będzie musiała również wyrazić swoją zgodę, jak również zgodę swojego przedstawiciela ustawowego.

Ja, _____,
narodowości _____, zamieszkały pod adresem _____
_____ i posiadający dowód
osobisty nr _____, jako przedstawiciel ustawowy _____
_____, narodowości _____,
zamieszkały pod adresem _____
i posiadający dowód osobisty nr. _____, oraz gwarantując na swoją
odpowiedzialność, że pomiędzy mną a osobą, którą reprezentuję nie zachodzi konflikt
interesów.

* To pole należy wypełnić, jeżeli osoba, od której pobierana jest próbka biologiczna, jest
małoletnia lub podlega środkom wspierającym wykonywanie jej zdolności prawnej, w tym
reprezentacji, a ponadto jej udział w podejmowaniu decyzji nie jest możliwy, ponieważ nie są
spełnione warunki opisane w poprzednim polu.

Deklaruję wolę odwołania udzielonej, w dniu _____,
zgody na świadczenie usług przez "THE DNA PROJECT, S.L.", w związku z
czym cofam upoważnienie do kontynuowania zleconego badania i/lub raportu.

Data _____

Podpis(y)

Niniejszy dokument unieważniający należy przesłać na następujący adres

"24Genetics, S.L.",
Paseo de la Castellana, n.º 95, 28 piętro.
Madryt (C. P. 28046)-SPAIN