

사전 동의 철회

나, _____,
_____ 국적, 주소 _____
및 DNI/신분증 번호 _____, 본인 이름 및 권리

이것은 생물학적 시료를 제공받은 사람이 법적 연령이고 대리인을 포함한 법적 능력 행사를 위한 지원 조치의 대상이 아닌 경우 작성해야 하는 상자입니다.

나, _____,
_____ 국적, 주소 _____
_____ 및 DNI/신분증 번호 _____을(를) 본인의 이름과 권리로 가지고 있습니다. 와이

나, _____,
_____ 국적, 주소 _____
_____ 및 위의 법적 대리인으로서 DNI/신분증 번호 _____
을(를) 제공받았으며 본인과 내 고객 사이에 이해 상충이 없음을 본인의 책임하에 보증합니다.

*생체시료를 제공받은 자가 미성년자이거나 대리인을 포함한 법적 능력 행사 지원 조치 대상이지만 시료 채취에 참여가 가능한 경우 반드시 기입해야 하는 항목입니다. 이 경우 유언장의 충분한 정도를 고려하거나 미성년자(그가 12세 이상인 경우 어떤 경우에도 추정됨)의 경우 그의 성숙도를 고려하여 두 경우 모두 다음을 고려합니다. 귀하는 법정 대리인의 동의와 함께 귀하의 동의를 받아야 합니다.

<p>나, _____,</p> <p>_____ 국적, _____</p> <p>_____에 거주하고 DNI/신분 문서 번호 _____</p> <p>을(를) 소지하고 _____,</p> <p>_____ 국적의 법적 대리인 역할을 하고 _____</p> <p>_____에 거주하고 ° _____ 아래에</p> <p>DNI/신원 문서 번호를 보유하고 다음을 보증합니다. 나와 내 고객 사이에 이해의 충돌이 없다는 책임</p> <p>임</p> <p>* 생물학적 시료를 제공받은 자가 미성년자이거나 대리인을 포함한 법적 능력 행사 지원 조치의 대상이 되고 또한 절차에 참여할 수 없는 경우 반드시 기입해야 하는 항목입니다. 이전 상자에 설명된 조건이 발생하지 않았기 때문에 결정을 내리는 것입니다.</p>
--

본인은 "24Genetics, S.L."의 서비스를 제공하기 위해 _____ 일에 제공된 동의를 철회할 의사를 표명합니다. 따라서 나는 계약된 테스트 및/또는 보고서를 계속하기 위한 승인을 철회합니다.

날짜

서명 또는 서명

이 취소 문서는 다음 주소로 보내야 합니다.

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