

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΕΛΑΤΗ** Παρακαλώ συμπληρώστε με ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ γράμματα

Όνομα:

Επώνυμο:

Ημ./Γέν.          
 Γένος:

← Μέρα → ← Μήνας → ← Χρονολογία →      Α    Θ

Τηλεφωνο:

email:

**ΕΠΙΛΟΓΗ ΕΛΕΓΧΟΥ**

Σημειώστε το tέστ τον έλεγχο που θα θέλατε να διεξάγουμε: 
 Παραπέμπων Επαγγελματίας / Ιατρός:

**ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ**

Προστασία Προσωπικών Δεδομένων.

Στο DNA Health, δεσμευόμαστε για την προστασία των προσωπικών σας δεδομένων. Όλα τα αποτελέσματα του γονιδιακού ελέγχου και τα προσωπικά σας στοιχεία αποθηκεύονται και διατηρούνται κάτω από αυστηρές προϋποθέσεις προστασίας δεδομένων. Τα δεδομένα σας παραμένουν στο DNA Health και δεν έχει πρόσβαση καμία άλλη εταιρεία ή πρόσωπο σε αυτά.

Το δείγμα του γενετικού υλικού (DNA) σας.

Το δείγμα DNA σας, δεν θα χρησιμοποιηθεί για κανέναν άλλο γονιδιακό έλεγχο εκτός αυτού που εσείς επιθυμείτε. Αφού ο γονιδιακός έλεγχος έχει πραγματοποιηθεί και οριστικοποιηθεί, το γενετικό σας υλικό καταστρέφεται και δεν παραμένει αποθηκευμένο σε κανένα χώρο του DNA Health.

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ**

Υπογραφή Πελάτη

Ημερομηνία

Σχόλια / Παρατηρήσεις