

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Nome: _____

CPF: _____

O DB Molecular será responsável pela sua amostra para a realização do TESTE GENÉTICO E/OU MOLECULAR solicitado pelo seu médico. Gostaríamos que você considerasse algumas observações:

Para a realização do Mammaprint, o material de estudo é, preferencialmente, sua amostra de cirurgia. Para iniciarmos a análise, é necessário um pedido médico e que todos os dados pessoais solicitados abaixo, sejam informados. As amostras serão devolvidas após um mês da liberação do laudo salvo em casos em que ocorra o desgaste completo do bloco.

Endereço completo: _____

Data de nascimento: _____

E-mail: _____

Nome completo do médico: _____

Solicitante: _____

E-mail do médico: _____

Declaro que estou ciente e de acordo com todas as informações acima descritas.

_____, ____/____/____
Local, Data

Assinatura do paciente