

Volante de solicitud de:

Pruebas de paternidad



CALDERÓN
CENTRO DIAGNÓSTICO

C/ Colón, 37 - 12001 CASTELLÓN
Tel. 964 22 02 16 - Fax 964 23 14 97
administracion@laboratoriocalderon.com
www.laboratoriocalderon.com

DATOS PERSONALES DE LOS SOLICITANTES

D _____

con DNI: _____

D^a _____

con DNI: _____

Remitir informe a:

Correo-e: _____

Correo postal: _____

FECHA ____/____/____

SOLICITUD DE LAS PRUEBAS

Las personas que firman este volante solicitan que se investigue la paternidad biológica de:

Sobre su/s presunto/s hijo/s

DATOS DE LA MUESTRA

Muestra obtenida el: ____/____/____

Firma del presunto padre: _____

Firma de la madre: _____

FORMA DE PAGO

Por transferencia bancaria: nº cuenta ES1201821900310201585557
(Enviar justificante: fax: 964 231 497 ó administración@laboratoriocalderon.com)

Por tarjeta de crédito

Realizado previamente a través de la web www.laboratoriocalderon.com
(adjuntar justificante impreso o número de operación:)

FIRMA

DOCUMENTO REQUERIDO EN BASE A LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

APELLIDOS Y NOMBRE: _____ DNI / PASAPORTE: _____

Al final de esta página quedan establecidas las condiciones que regirán el tratamiento de los datos personales, facilitados, en virtud de la suscripción de esta autorización y de conformidad con la legislación vigente.

En ____ a ____ de ____ de 20 ____

Firma del titular de los datos, o persona autorizada (y DNI), si es menor o incapacitado

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le comunicamos que la información que ha facilitado pasará a formar parte de un fichero automatizado, cuyo titular es el Centro Diagnóstico Calderón SLP con la finalidad de llevar a cabo la gestión de análisis clínicos. Tiene derecho a acceder a esta información y cancelarla o rectificarla dirigiéndose al domicilio de la entidad en C/Colón nº 37 de Castellón.

Los datos recogidos han sido facilitados por el propio interesado, dando su consentimiento para el tratamiento de los mismos en el sistema de información del Centro. Esta entidad le garantiza la adopción de las medidas oportunas para asegurar el tratamiento y confidencialidad de dichos datos.

Mediante la presente, se autoriza que los datos personales de carácter médico recabados, puedan ser transferidos o cedidos por el responsable del tratamiento a terceros que actúan como colaboradores, por razón de su especialidad sanitaria, para dar cumplimiento al servicio profesional requerido.

Cuando el interesado utilice los servicios sanitarios bajo la cobertura de un seguro médico, el establecimiento sanitario acreedor comunicará a la entidad aseguradora los datos sanitarios necesarios para que esta pueda conocer el acto prestado y hacer frente a su responsabilidad. Mediante la presente autoriza la expresada cesión de datos personales a la compañía aseguradora.