

המכון הגנטי ע"ש דנק גרטנר
The Danek Gertner Institute Of Human Genetics
טל: 03-530-3060
פקס: 03-530-2914
מנהל המכון: פרופ' אלון פרס

אנא החזר טופס זה למספר פקס : 03-5307725

תאריך: _____

בקשה להוצאת דגימות מהמכון הגנטי בתל השומר

פרטי המבקש:

שם פרטי _____ שם משפחה _____

מס' ת.ז. _____

טלפון ליצירת קשר _____

טלפון נוסף ליצירת קשר _____

אנא צרף צילום תעודת זהות. במקרה הצורך, צרף נספח ילדים או/ו ייפוי כוח

פרטי הדגימה המבוקשת:

אני מעוניין/ת בדגימת דנ"א / אחר: פרט : 1. _____

(אנא רשום את כל הפרטים המזהים שברשותך: מספר בדיקה/ שם/ ת.ז.)

הסיבה להוצאת הדגימה: _____

המעבדה אליה נשלחת הדגימה: _____

כמות דנ"א נדרשת: microgram _____ רמת ניקיון: 260/280 _____ 230/260 _____

טלפון ליצירת קשר במעבדה/ מוסד אליה נשלחת הדגימה: _____

הטיפול בכל דגימת דנ"א עולה 100 ₪. מזכירות המכון תצור עמך קשר לאחר קבלת הטופס.

במידה והדנ"א אינו שייך למגיש הבקשה, יש לצרף ייפוי כוח מטעם בעל הדגימה.

הערות: _____

*יש למלא חלק זה במעמד קבלת הדגימה: הנני מאשר כי נמסרה לי המבחנה ע"פ הפרטים

המצוינים בדף זה.

שם מלא: _____ חתימה: _____

*בתרומת ביצית/ זרע : הנני מאשר עקיבות הדגימה באמצעות מערכת המחשוב.

שם מלא: _____ חתימה: _____

אנא מלא את כל הפרטים- אי מילוי הפרטים במלואם עלול לגרום לעיכוב בטיפול הבקשה