

## FORMULARZ UCZESTNICTWA

Wysyłając próbkę wraz z formularzem uczestnictwa, wyrażasz zgodę, aby jej wynik został przesłany Tobie i Twojemu lekarzowi rodzinnemu oraz aby Twoje dane były przechowywane oraz mogły być wykorzystane (wyłącznie) na potrzeby programów badań przesiewowych w kierunku raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego, jak również oceny procesu.

### UWAGA:

- \* Jest to spersonalizowany formularz przeznaczony tylko dla Ciebie.
- \* Uzyskanie wyniku wymaga podania danych lekarza.
- \* Do formularza nie należy dodawać żadnych załączników.
- \* Formularz należy wypełnić niebieskim lub czarnym długopisem.
- \* W badaniu można wziąć udział tylko na podstawie otrzymanego testu i niniejszego formularza uczestnictwa.
- \* Nie należy odsyłać żadnych niewykorzystanych ani pustych testów.

**Formularz wraz z próbką należy wysłać w kopercie bąbelkowej. W przeciwnym razie Twoja próbka nie zostanie zbadana.**

Data pobrania próbki:   -   -     \*

(\* pole wymagane)

### Posiadamy o Tobie następujące dane:

NUMER TELEFONU:

ADRES E-MAIL:

IMIĘ I NAZWISKO TWOJEGO LEKARZA RODZINNEGO:

\* Czy te dane są poprawne? Jeśli tak, nie uzupełniaj pól poniżej. Uzupełnij jedynie powyższą datę. Twój adres e-mail został wydrukowany wielkimi literami, których nie trzeba zmieniać na małe litery.

\* Czy te dane są niekompletne lub nieprawidłowe?

Jeśli tak, wpisz w polach poniżej TYLKO dane, które chcesz dodać lub zmienić, używając WIELKICH LITER.

Numer telefonu (najlepiej komórkowego):

Twój email:   
@

Imię Twojego lekarza rodzinnego:

Nazwisko Twojego lekarza rodzinnego:

Adres Twojego lekarza rodzinnego – ulica:

Adres Twojego lekarza rodzinnego – numer budynku:

Kod pocztowy Twojego lekarza rodzinnego:

**DZIĘKUJEMY ZA UDZIAŁ W BADANIU!**

35139