

FORMULAR DE PARTICIPARE

Dacă trimiteți proba împreună cu acest formular de participare, sunteți de acord ca rezultatul să vă fie trimis dvs. și medicului dvs. de familie/medicului dvs., ca aceste date să fie stocate și să poată fi utilizate (exclusiv) în contextul programelor de screening pentru cancerul de sân, de col uterin și de colon și al evaluării procesului.

ASPECTE DE LUAT ÎN CONSIDERARE:

- * Acest formular este personal și vă este destinat doar .
- * Sunt necesare detaliile unui medic pentru a furniza rezultatul.
- * Nu atașați nimic la acest formular.
- * Folosiți un pix albastru sau negru.
- * Participați doar cu testul pe care l-ați primit și cu acest formular de participare.
- * Vă rugăm să nu trimiteți teste nefolosite sau goale.

Trimiteți acest formular împreună cu proba în plicul captușit. În caz contrar, scaunul dvs. nu poate fi analizat.

Data la care ați prelevat proba: - - *

(* câmp obligatoriu)

Avem următoarele detalii despre dvs.:

NUMĂRUL DVS. DE TELEFON:

ADRESA DVS. DE E-MAIL:

MEDICUL DVS. DE FAMILIE:

* **Sunt corecte?** Atunci vă rugăm să nu scrieți nimic în casetele de mai jos. Introduceți doar data mai sus.

Adresa dvs. de e-mail este imprimată cu majuscule, dar nu trebuie să o schimbați în minuscule.

* **Lipsesc sau sunt incorecte?**

Apoi scrieți DOAR detaliile pe care doriți să le adăugați sau să le modificați cu MAJUSCULE în casetele de mai jos.

Numărul dvs. de telefon
(de preferință numărul de mobil):

Adresa dvs.
de e-mail:
@

Prenumele medicului dvs. de familie/medicului dvs.:

Numele medicului dvs. de familie/medicului dvs.:

Strada medicului dvs. de familie/medicului dvs.:

Numărul casei
medicului dvs.
de familie/medicului dvs.: Codul poștal al
medicului dvs.
de familie/medicului dvs.:

VĂ MULȚUMIM PENTRU PARTICIPARE!

35139