



Vasa centralsjukhus
Vaasan keskussairaala

Biopankkisiirtokielto

Kiellän DIREVA-näytteideni ja -tietojeni siirron Auria Biopankkiin.

Kiellon antajan tiedot:

Koko nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Osoite: _____

Paikka ja päiväys: _____

Allekirjoitus: _____

Kiellon vastaanotto (DIREVAn edustaja täyttää):

Tieto tallennettu tietokantaan

Paikka ja päiväys: _____

Vastaanottajan allekirjoitus: _____

Vastaanottajan nimenselvennys: _____

Alkuperäinen allekirjoitettu kielto jää DIREVAn arkistoon. Kopio kiellosta annetaan kiellon antajalle.

Lähetä kielto osoitteeseen:

Vaasan keskussairaala

Annemari Käräjämäki

DIREVA/PTH-yksikkö, G4

Hietalahdenkatu 2-4

65130 Vaasa