

# BIOSYSTEM ltd – Kingstown

by E.P. of FL 9494 Schaan

Egregi Signori

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Vi prego inviare al mio indirizzo le risultanze informative circa la presenza di microrganismi infettivi relativi al soggetto del quale vi allego campione biologico prelevato in data \_\_\_\_\_ ( entro 14 gg dall'invio) secondo la metodologia BIOTRON Stiftung

Cognome ( se donne da nubili ) \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ luogo di nascita \_\_\_\_\_ prov. o stato \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E: mail \_\_\_\_\_

Ultimo o prevalente lavoro esercitato \_\_\_\_\_

Peso ( ± Kg 5 ) \_\_\_\_\_ Altezza ( ± cn 5 ) \_\_\_\_\_

**Patologie riscontrate o sospette allo stato attuale :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Farmaci assunti negli ultimi 6 mesi e attuali** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Consenso del richiedente ( firma ) \_\_\_\_\_

Codice del richiedente (lasciare in bianco ) \_\_\_\_\_

**Allegare assegno non trasferibile di € 260,-- per il primo TEST  
o €130 per un successivo, eventuale, controllo di evoluzione, intestato a Biosystem ltd**

Inviare fattura a

Cognome e nome \_\_\_\_\_

V – P \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Allegare reperto

**P.F. sottoscrivere dichiarazione consenso informato, in retro pagina.**

# BIOTRON Stiftung

“Ing Enzo Maggiore”  
Landstrasse 151, FL 9494 Schaan

e BIOSYSTEM ltd

## CONSENSO INFORMATO

( per residenti in Italia )

Base legge 31.12.96 . 675 e successive modifiche  
TUTELA DELLE PERSONE E DI ALTRI SOGGETTI RISPETTO  
AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

COGNOME ..... NOME .....

Nato a ..... il .....

Residente a ..... Via.....

Tel. .... E-mail .....

Dichiaro di essere stato informato ai sensi e per gli effetti degli Artt 10 e 13 della legge 31.12.96 e successive modificazioni dalla Fondazione per la ricerca della cause infettive delle malattie BIOTRON , che i dati da me forniti o altrimenti acquisiti saranno oggetto d'uso nel rispetto della normativa vigente CEE.

Esprimo il mio consenso informato all'inserimento nella banca dati ed archivio della BIOTRON Stiftung dei miei dati per le finalità della stessa.

**Sono stato informato che l'attività della Fondazione è difforme dalla attività medico-chirurgica tradizionale che non la sostituisce e che non formula diagnosi in senso medico.**

Mi è stato precisamente indicato di rimanere sempre sotto controllo medico e di discutere con lo stesso di ogni mio problema.

Presto il mio consenso a che il trattamento dei miei dati personali possa avvenire anche in forma anonima (escludendo i dati specifici atti a risalire alla mia persona) nell'intento di accrescere la ricerca-studio della ricerca della cause infettive delle patologie.

Li : .....

Firma .....

(per esteso. leggibile)