

# BIOPANKKISUOSTUMUKSEN PERUUTTAMINEN



Allekirjoittamalla vahvistan, että näytteitäni ja terveydentilaani koskevia henkilötietojani ei saa jatkossa enää kerätä tai siirtää Hematologiseen Biopankkiin eikä käyttää biopankkitutkimuksessa.

Suostumuksen peruuttamisen jälkeen näytteitäni ja tietojani ei enää luovuteta uusiin tutkimuksiin. Ennen tämän ilmoituksen vastaanottamista näytteistä ja tiedoista jo aikaansaatuja tutkimustuloksia, näihin tuloksiin sisältyviä tietoja ja muodostettuja tutkimusaineistoja ei yleensä voida hävittää, sillä niiden säilyttäminen voi olla tarpeen rajattuja tarkoituksia varten, esimerkiksi jo tehtyjen tutkimusten oikeellisuuden todentamiseen.

Yhteystiedot
Koko nimi
Henkilötunnus
Katuosoite
Postinumero ja postitoimipaikka
Paikka ja päiväys
Allekirjoitus
Peruutuksen vastaanotto biopankissa (biopankki täyttää)
Paikka ja päiväys
Vastaanottajan allekirjoitus
Vastaanottajan nimenselvennys