**Tulosta lomake ja täytä pyydetyt tiedot. Muista allekirjoittaa.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lähetä allekirjoitettu lomake:Suomen Punainen Risti, Veripalvelu TietopyynnötHärkälenkki 1301730 Vantaa | TAI | Tuo allekirjoitettu lomake Veripalvelun toimipisteeseen. Toimipisteiden sijainnit ja aukioloajat löydät osoitteesta [www.veripalvelu.fi](http://www.veripalvelu.fi) |

**TIETOJENKÄSITTELYN KIELTO VERIPALVELUN TUTKIMUSTOIMINNASSA**

Allekirjoittamalla vahvistan, että näytteitäni ja terveydentilaani koskevia henkilötietojani ei saa jatkossa enää käyttää Veripalvelun tutkimustoiminnassa ja tietoni tulee poistaa tutkimusrekistereistä.

Ennen tämän ilmoituksen vastaanottamista näytteistä ja tiedoista jo
aikaansaatuja tutkimustuloksia, näihin tuloksiin sisältyviä tietoja ja niistä muodostettuja
tutkimusaineistoja voidaan kuitenkin käyttää rajatusti. Tutkimustulosten säilyttäminen voi olla tarpeen rajattuja tarkoituksia varten, kuten aiemmin tehtyjen tutkimusten oikeellisuuden

|  |
| --- |
| **Kiellon antajan tiedot** |
|  Koko nimi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  Henkilötunnus: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Katuosoite: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Postinumero ja postitoimipaikka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  Paikka ja päivämäärä: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  Allekirjoitus: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Veripalvelun Biopankin suostumuksen peruutus** |
| ☐ Peruutan tällä lomakkeella myös aiemmin erikseen antamani biopankkisuostumuksen  |
| **Kiellon vastaanotto** (Veripalvelu täyttää) |
|  Paikka ja päivämäärä: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Vastaanottajan allekirjoitus: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Vastaanottajan nimenselvennys: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

todentamiseen.