

**RÄTTSMEDICINALVERKET**Puhelin: 010-483 43 00 - Faksi: 010-483 41 99  
Sähköposti: faderskap@rmv.se**SUOSTUMUS**

Päivämäärä

**Oikeusgeneettisen  
tutkimuksen tilaus**

★ = Pakollinen kenttä

Tutkimus aloitetaan, kun kaikki täysivaltaiset  
asianosaiset ovat antaneet suostumuksensa.  
Vajaavaltaisilta tarvitaan huoltajan suostumus.

Vastaanottaja:

Rättsmedicinalverket  
Avdelningen för rättsgenetik och rättskemi  
Box 1383  
581 13 LINKÖPING**Suostumus tutkimukseen osallistumiseen, jonka on tilannut**

(Ilmoittautumislomakkeen mukaisesti, yksityishenkilöiden oikeusgeneettinen tutkimus)

<b>Etunimi</b> ★	<b>Sukunimi</b> ★
<b>Postiosoite</b> (esim. katu- tai postilokero-osoite) ★	<b>Postinumero</b> ★ <b>Postitoimipaikka</b> ★

**OSALLISTUMINEN**

Päivämäärä

**Oikeusgeneettiseen  
tutkimukseen****Täten annan suostumukseni oikeusgeneettiseen tutkimukseen, jonka tilannut edellä mainittu tilaaja.**

<b>Etunimi</b>	<b>Sukunimi</b>	<b>Henkilötunnus</b>
<b>Postiosoite</b> (esim. katu- tai postilokero-osoite)	<b>Puhelinnumero päiväsaikaan</b> (suuntanumeroineen)	<b>Matkapuhelinnumero</b>
<b>Postinumero</b>	<b>Postitoimipaikka</b>	<b>Sähköpostiosoite</b>

**Allekirjoitus**

<b>Allekirjoitus</b>	<b>Paikkakunta ja päiväys</b>
	<b>Nimenselvennys</b>