



<b>1</b>	<b>ADRESSE ZUR ZUSENDUNG ANGEFORDERTER UNTERLAGEN</b>	Kosten für die Anforderung von Kopien eingesandter Unterlagen:	Auftrag < 1 Jahr: 10,00 €	Auftrag > 1 Jahr: 20,00 €
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Firma   _____				
Vorname _____				
Nachname _____				
Adresszusatz / c/o _____				
Straße und Hausnummer _____				
PLZ, Ort _____				
Land _____				
<p style="font-size: small; color: #0070c0;">Die Kosten der Ausstellung von Kopien Ihrer eingesandten Unterlagen (Identitätsnachweisformular, Anhänge (Fotos, Ausweise etc.) sind abhängig vom Fertigstellungsdatum Ihres Testes (Datum des Gutachtens). Fordern Sie die Kopien der Unterlagen innerhalb eines Jahres nach Abschluss des Testes an, fällt eine Gebühr von 10,00 € an. Bei Anforderung von Kopien der Unterlagen eines Testes, welcher bereits vor über einem Jahr abgeschlossen wurde, beläuft sich die Gebühr auf 20,00 €. Überweisung (unbedingt Testnummer angeben) an: <b>Genolytic GmbH, IBAN: DE62 86020086 0021638340, BIC/SWIFT: HYVEDEMM495 (HypoVereinsbank).</b></p>				

<b>2</b>	Für die Ausstellung von Kopien Ihrer eingesandten Unterlagen ist die <b>Zustimmung aller Testpersonen und/oder gesetzlichen Vertreter notwendig</b> . Bei der Teilnahme von mehr als vier <u>volljährigen, einwilligungsfähigen</u> Testpersonen, Daten und Unterschrift bitte unterhalb von „Testperson 4“ ergänzen.			
<input type="checkbox"/> mögl. Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Sonstige   _____		Die Adresse zur Zusendung der Unterlagen wurde angegeben und ich stimme dieser mit meiner Unterschrift zu. (Bitte Name + Geburtsdatum eintragen)		
Vorname _____		Nachname _____		
Geburtsstag _____		Unterschrift Testperson 1 <b>X</b> _____		
<input type="checkbox"/> mögl. Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Sonstige   _____		Die Adresse zur Zusendung der Unterlagen wurde angegeben und ich stimme dieser mit meiner Unterschrift zu. (Bitte Name + Geburtsdatum eintragen)		
Vorname _____		Nachname _____		
Geburtsstag _____		Unterschrift Testperson 2 <b>X</b> _____		
<input type="checkbox"/> mögl. Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Sonstige   _____		Die Adresse zur Zusendung der Unterlagen wurde angegeben und ich stimme dieser mit meiner Unterschrift zu. (Bitte Name + Geburtsdatum eintragen)		
Vorname _____		Nachname _____		
Geburtsstag _____		Unterschrift Testperson 3 <b>X</b> _____		
<input type="checkbox"/> mögl. Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Sonstige   _____		Die Adresse zur Zusendung der Unterlagen wurde angegeben und ich stimme dieser mit meiner Unterschrift zu. (Bitte Name + Geburtsdatum eintragen)		
Vorname _____		Nachname _____		
Geburtsstag _____		Unterschrift Testperson 4 <b>X</b> _____		