

Miejsce i data :.....

IMIĘ NAZWISKO:

adres zamieszkania

e-mail.....

Telefon kontaktowy :.....

Oświadczam że jestem prawnym właścicielem psa :.....

nr tatuażu/chip.....

Wyrażam zgodę na :

- przechowywanie moich danych osobowych i danych mojego psa w ramach badań nad genetycznym podłożem mięsaka histiocytarnego,
- wykorzystanie materiału pobranego od mojego psa oraz ich wyników,
- umieszczenia danych mojego psa w bazie danych w razie zachorowania na mięsaka histiocytarnego.

Szczegóły dotyczące badań i przechowywania danych są zamieszczone w załączonych do zgody „Wytycznych dotyczących pobierania materiału od psów rasy Flat Coated Retriever”. Akceptuję wszystkie warunki tam zawarte.

Czytelny podpis :.....

Wiem że nie otrzymam indywidualnych wyników mojego psa, badania mają na celu ustalenie genetycznych markerów zwiększających ryzyko zachorowania na mięsaka histiocytarnego.

Zobowiązuję się do udostępniania informacji o zdrowiu mojego psa w przyszłości.

W razie wystąpienia choroby nowotworowej –szczególnie histiocytozy niezwłocznie poinformuję o tym, celem zabezpieczenia odpowiedniego materiału do badań potwierdzających diagnozę.

Taką informację prześlę również w przypadku śmierci mojego psa, postaram się dostarczyć zaświadczenie o przyczynie zgonu wystawione przez lekarza weterynarii.

Zobowiązuje się również do kontaktu w razie zmiany danych kontaktowych.

Adresy do kontaktu zawarte są w „Wytycznych dotyczących pobierania materiału od psów rasy Flat Coated Retriever”.

Czytelny podpis :.....