|  |
| --- |
| Вх. № ЦК-ЛПОГМ |
| Дата:  |

 **ДО РЪКОВОДИТЕЛЯ НА**

 **НАУЧНО-ИЗСЛЕДОВАТЕЛСКА**

 **ЛАБОРАТОРИЯ ЗА ПРЕЦИЗНА ОНКОЛОГИЯ И**

 **ГЕНОМНА МЕДИЦИНА (ЛПОГМ)**

 **КОПИЕ ДО**

 **ФИНАНСИСТ И КООРДИНАТОР**

 **ПО ПРОЕКТ** **BG05M2OP001-1.002-0010-C03**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**ЗА**

**ИЗВЪРШВАНЕ НА ГЕНЕТИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ**

от .....................................................................................................................................................................

( име, презиме, фамилия, възраст)

адрес: гр. (с.) ............................................. ул. ............................................................... № ........., бл. ........, вх. ........., ап. ......., телефон ..............................ел. адрес...........................................................................

**УВАЖАЕМА/И ГОСПОЖО/ГОСПОДИНЕ,**

Моля, да ми бъдат извършени следните генетични изследвания:

□ **Тест за генетични дефекти при моногенни заболявания, доказване на генетична диагноза и носителски статус** (*2250,09 лв.*);

□ **Тест за оценка на риска за развитие на онкологични заболявания** - (*1273,58 лв.*);

□ **Тест за доказване на бройни и микроструктурни (над 10МБ) хромозомни аберации в абортивен материал (за всички хромозоми от кариотипа)** - (*627,83 лв*.);

□ **Подготовка на библиотеки и секвениране на ДНК с NextSeq (със собствен кит)** – (*206,34 лв*.);

□ **Подготовка на библиотеки и секвениране на ДНК с MiSeq (със собствен кит) –** *(136,58 лв.)***;**

□ **Изолиране на ДНК от биологичен материал и съхранение в ДНК банка** - (*40,50 лв.*).

**Заплащането на извършената услуга ще извърша**:

□ В брой на отговорен касиер в Медицински университет – Плевен, на адрес: 5800, гр. Плевен, ул. Св. Климент Охридски №1, Ректорат, ет.1, каса 1 или каса 2;

□ С банков превод, включително банкови такси за сметка на заявителя, по следната банкова сметка:№ BG98 UBBS 8888 3118 3072 00 при КБС Банк България АД (с основание на плащане: *заявление с вх.№ЦК-ЛПОГМ-……/……..2023 г., за генетично изследване*)

**Заявявам, желанието си резултатите от изследването да бъдат получени:**

 □ на място – в Лабораторията, на адрес: 5800, гр. Плевен, ул. Св. Климент Охридски №1, Ректорат, ет.1, кабинет №143/кабинет №144.

 □ по електронен път на адрес [………………………………….](https://edelivery.egov.bg/)

 □ чрез лицензиран пощенски оператор на адрес……......…………………………..…………..

като декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка платими при получаването.

**Приложение**: Документ, удостоверяващ платена такса в размер на ……….…… лева\*

 Дата: ....................... Подпис: ....................

**ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ПОЛЗВАНЕ НА ЛИЧНИ ДАННИ**

Запознат/а съм с Политиката за защита на лични данни, обявена на интернет страницата на Медицински университет - Плевен и **ДАВАМ СВОЕТО СЪГЛАСИЕ** за обработване на личните ми данни чрез компютърни и други системи, с цел осъществяване на законово регламентираните функции. Уведомен/а съм за целта и средствата за обработка на данните ми и сферата на ползването им, както и с правото ми на достъп до и на корекция на данните.

Подпис на декларатор: ..................................... дата: .......................... 20...г.