

PODATKI O UDELEŽENCIH

OTROK

Ime in priimek:

Datum rojstva:

Naslov:

MATI

Ime in priimek:

Datum rojstva:

Naslov:

Kontaktni telefon:

DOMENVNI OČE

Ime in priimek:

Datum rojstva:

Naslov:

Kontaktni telefon:

Datum vloge:

ZADEVA: VLOGA ZA UGOTAVLJANJE BIOLOŠKEGA OČETOVSTVA

Spodaj podpisani se strinjamo, da se opravi test očetovstva za otroka

..... (ime in priimek), rojenega dne

S potekom preiskave in ceno analize smo seznanjeni in se z njo strinjamo.

Podpis otroka (nad 18 let):

.....

Podpis matere:

.....

Podpis domnevnega očeta:

.....