



VATERSCHAFT BERLIN

Auftrag für eine außergerichtliche Vaterschaftsuntersuchung

Ich beauftrage Vaterschaft Berlin mit der Durchführung eines DNA-Tests zur Feststellung / zum Ausschluss einer möglichen Vaterschaft.

1. Auftraggeber:

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Tagsüber erreichbar über Tel.: _____

2. Gutachtenart:

- Einfacher Vaterschaftstest**, Test zur eigenen Orientierung (nicht zur Vorlage bei Gerichten und Behörden geeignet),
Kosten **199 €** inkl. 19% MwSt. und Probennahme in unserem Institut.
Jede weitere Person **99 €** inkl. 19% MwSt. und Probennahme in unserem Institut.
- Gerichtsverwertbares Standardgutachten**, zur Vorlage bei Gerichten und Ämtern / Behörden geeignet,
Kosten **395 €** inkl. 19% MwSt. und Probennahme in unserem Institut.
Jede weitere Person **179 €** inkl. 19% MwSt. und Probennahme in unserem Institut.

3. Proben:

Die Probennahme muss, wie gesetzlich vorgeschrieben, durch einen Arzt oder eine fachkundige Person vorgenommen werden. Wenn wir Ihnen die Unterlagen für die Probennahme zusenden und sie diese von einem Arzt durchführen lassen, übernehmen Sie die Kosten vor Ort selbst. Probennahmen in unserem Institut sind im Preis inbegriffen. Termine können Sie unter der Telefonnummer 030 / 330 99 86-0 vereinbaren.

4. Bezahlung:

Zahlung bitte in bar oder

unter Angabe des Verwendungszwecks: Berlin _____

auf das Konto bei der Hamburger Sparkasse:

LADR GmbH

IBAN: DE 43 2005 0550 1002 1154 73

BIC: HASPDEHHXXX

*Unabhängig von der Zahlungsart wird mit der Erstellung des Gutachtens erst begonnen, wenn der **vollständige Betrag** bei uns eingegangen ist.*

5. Befundversand:

Das Ergebnis wird nach Abschluss der Untersuchung an alle Beteiligten versendet, die vorliegenden Identitätsbögen werden im Institut aufbewahrt. Im Falle eines Rückzugs der Einwilligung wird der Versand zurückgestellt.

6. Beteiligte:

a) Kind: Name, Vorname

_____ geb.: _____

b) Mutter: Name, Vorname

_____ geb.: _____ ,

Anschrift: _____

Befund an obige Anschrift: ja

nein andere Anschrift _____

Selbstabholer

c) Putativvater: Name, Vorname

_____ geb.: _____ ,

Anschrift: _____

Befund an obige Anschrift: ja

nein andere Anschrift _____

Selbstabholer

d) weitere Person: Name, Vorname

_____ geb.: _____ ,

Anschrift: _____

Befund an obige Anschrift: ja

nein andere Anschrift _____

Selbstabholer

7. Erklärung:

Mit der Auftragserteilung verpflichte ich mich zur Zahlung der Kosten im Rahmen des Auftragsumfangs. Der Auftrag kann, bevor mit den Untersuchungen begonnen wurde, storniert werden. Es fällt eine pauschale Bearbeitungsgebühr von 50 € an. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass Gerichte von der in Deutschland bestehenden Beweismittelfreiheit Gebrauch machen können.

Datum,

Unterschrift