

BON DE COMMANDE

Pour commander un test d'identification PRO-ADN^{MC}, remplissez le formulaire suivant et télécopier au **(450) 663-4428**.

Suite à la réception de votre paiement, le laboratoire vous fera parvenir une trousse de prélèvement qui contient tout le nécessaire pour procéder au test demandé. Dans la mesure où une disposition légale est requise, nous communiquerons avec vous afin de fixer un rendez-vous.

ADRESSE DE LIVRAISON ET NOM DU REQUÉRANT

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse de livraison :

Adresse : _____

Ville : _____ Province/état : _____

Pays : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

TEST DEMANDÉ

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Paternité (440 \$) | <input type="checkbox"/> Liens familiaux (725 \$) |
| <input type="checkbox"/> Disposition légale (+205 \$) | <input type="checkbox"/> Frères/soeurs |
| <input type="checkbox"/> Maternité (440 \$) | <input type="checkbox"/> Demi-frères/demi-soeurs |
| <input type="checkbox"/> Disposition légale (+205 \$) | <input type="checkbox"/> Grand-parents/petits-enfants |
| <input type="checkbox"/> Gémellité (195 \$) | <input type="checkbox"/> Oncle (tante)/neveu (nièce) |
| <input type="checkbox"/> Disposition légale (+170 \$) | <input type="checkbox"/> Disposition légale (+170 \$) |
| <input type="checkbox"/> Identification génétique (200 \$) | |
| <input type="checkbox"/> Disposition légale (+90 \$) | |

OPTIONS

- Participant additionnel (+150 \$)
- Service 3 jours (+275 \$)

Notez que pour les résidents du Canada, les taxes provinciales et fédérales sont en sus. Pour les résidents hors du Canada, les taxes canadiennes ne s'appliquent pas.

OPTIONS DE PAIEMENT

Chèque certifié ou mandat poste au nom de Warnex (aucune trousse est postée avant la réception du paiement)

VISA Numéro de la carte : _____ Expiration: ___/20___

MASTERCARD Nom complet du détenteur : _____

 Téléphone du détenteur : _____

 Signature du détenteur : X _____

Je certifie que tous les participants au test demandé sont consentants à participer à cette expertise. Je certifie que si un enfant de moins de 18 ans participe à cette expertise, la mère ou le tuteur légal de cet enfant consent à leur participation. Je comprends que Warnex peut procéder à des vérifications des consentements des participants et que cette demande peut être refusée si les politiques de consentement n'ont pas été respectées.

X _____
Signature de la personne qui fait la demande Date