

APPLICATION POUR UN TEST D'ADN AVEC DISPOSITION LÉGALE Immigration / Citoyenneté

Veuillez compléter ce formulaire et l'envoyer par télécopieur, courriel ou courrier à l'emplacement indiqué ci-dessus. Un associé de l'Assistance aux clients fixera les rendez-vous nécessaires. **Les résultats de ce test seront envoyés : 1) au répondant ou son représentant légal et 2) au bureau approprié d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada.**

TEST D'ADN REQUIS: Paternité Maternité Frères/sœurs Demi-frères/demi-sœurs Autre _____

| PARTICIPANTS AU TEST Si vous avez déjà effectué un test avec notre laboratoire, veuillez indiquer le no. de dossier : _____ | |
|---|--|
| Nom : | Date de naissance (aaaa/mm/jj) : |
| Rôle: <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre (spécifier svp) : | <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> À l'étranger |
| Nom : | Date de naissance (aaaa/mm/jj) : |
| Rôle: <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre (spécifier svp) : | <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> À l'étranger |
| Nom : | Date de naissance (aaaa/mm/jj) : |
| Rôle: <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre (spécifier svp) : | <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> À l'étranger |
| Nom : | Date de naissance (aaaa/mm/jj) : |
| Rôle: <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre (spécifier svp) : | <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> À l'étranger |
| Nom : | Date de naissance (aaaa/mm/jj) : |
| Rôle: <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre (spécifier svp) : | <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> À l'étranger |
| INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES | |
| Y a-t-il un parent de premier degré de la personne testée qui pourrait possiblement être le père / la mère de cet enfant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| INFORMATION LOCALE (Canada) | |
| Nom : | Tél : |
| Adresse : | Courriel : |
| Ville : | Province : Code postal : |
| INFORMATION OUTRE-MER (Demandeur) | |
| Nom : | Tél : |
| Adresse : | Courriel : |
| Ville : | Pays : |
| REPRÉSENTANT LÉGALE (si applicable) | |
| Nom : | Tél : |
| Organisation : | Télé. : |
| Adresse : | Courriel : |
| Ville : | Province : Code postal : |
| Transmission des résultats (cocher un seul): <input type="checkbox"/> Courrier régulier <input type="checkbox"/> Télécopie <input type="checkbox"/> Portail web (veuillez fournir votre adresse courriel ci-dessus) | |
| AMBASSADE, CONSULAT OU IRCC <i>Veuillez inclure une copie de la lettre de l'Ambassade, du Consulat ou du bureau IRCC demandant le test d'ADN</i> | |
| Lieu : | IRCC (CIC) dossier # : |
| INFORMATIONS RELATIVES AU PAIEMENT | |
| * Veuillez communiquer avec Orchid PRO-ADN pour obtenir une soumission. Le coût total sera confirmé avant de prélever le montant sur la carte de crédit. * Des frais administratifs seront appliqués si le dossier est annulé avant l'analyse. | <i>Pour usage interne seulement</i> |
| Est-ce que la personne qui paie pour le test veut recevoir un reçu par la poste? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Prix de base : |
| VEUILLEZ CHOISIR L'UNE DES OPTIONS DE PAIEMENT SUIVANTES : | Participant additionnel : |
| <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Chèque certifié ou mandat-poste à l'ordre d'Orchid PRO-ADN | Expédition : |
| No de la carte : | Prélèvement local : |
| Date d'expiration : | CVC : |
| Nom du détenteur de la carte : | Tél.: |
| Adresse de facturation : | Sous-total : |
| Signature : | TPS/TVH : |
| | TVQ : |
| | Paiement total : |