

APPLICATION POUR UN TEST D'ADN AVEC DISPOSITION LÉGALE

Veuillez compléter ce formulaire et l'envoyer par télécopieur, courriel ou courrier à l'emplacement indiqué ci-dessus. Un associé du service à la clientèle communiquera directement avec les clients pour fixer les rendez-vous pour les prélèvements par frottis buccal. **Les résultats seront transmis à chaque participant adulte.**

TEST D'ADN REQUIS : Les tests de liens familiaux et les échantillons autres que les frottis buccaux sont sujets à des frais supplémentaires.

Paternité Maternité Grand-parent Frères/sœurs Demi-frères/ sœurs Autre _____

PARTICIPANTS AU TEST		Si vous avez déjà effectué un test avec notre laboratoire, veuillez indiquer le no. de dossier : _____	
Client #1	Rôle : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre (spécifier svp) :		
Nom :		Date de naissance (aaaa/mm/jj) :	
Adresse :		App. :	Tél.:
Ville:	Prov:	Code postal:	Courriel :
Client #2	Rôle : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre (spécifier svp) :		
Nom :		Date de naissance (aaaa/mm/jj) :	
Adresse :		App. :	Tél.:
Ville:	Prov:	Code postal:	Courriel :
Client #3	Rôle : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre (spécifier svp) :		
Nom :		Date de naissance (aaaa/mm/jj) :	
Adresse :		App. :	Tél.:
Ville:	Prov:	Code postal:	Courriel :
Client #4	Rôle : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre (spécifier svp) :		
Nom :		Date de naissance (aaaa/mm/jj) :	
Adresse :		App. :	Tél.:
Ville:	Prov:	Code postal:	Courriel :
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			
DEMANDEUR (personne demandant le test)			
Nom :		Date (aaaa/mm/jj) :	
Adresse (si non spécifié ci-dessus) :		Tél.:	
Ville:	Prov:	Code postal:	Courriel :
MODE DE PAIEMENT - Le paiement complet des services doit être reçu avant le prélèvement des échantillons			
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			
<input type="checkbox"/> Chèque certifié ou mandat-poste à l'ordre d'Orchid PRO-ADN (Les chèques personnels ne sont pas acceptés)			
<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> American Express			
Numéro de la carte :		Exp :	CVC :
Nom du détenteur de la carte :		Le payeur désire-t-il recevoir les résultats? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Adresse de facturation :		Tél:	
Ville:	Prov:	Code postal:	Signature :

Des frais administratifs seront appliqués si le dossier est annulé avant l'analyse.