

## 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 \_\_\_\_\_

<b>PARTICIPANTS AU TEST</b> Si vous avez déjà effectué un test avec notre laboratoire, veuillez indiquer le no. de dossier : _____	
<b>Client #1</b>	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 :
<b>Client #2</b>	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 :
<b>Client #3</b>	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 :
<b>Client #4</b>	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 :
<b>INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES</b>	
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	
<b>DEMANDEUR (personne demandant le test)</b>	
Nom :	Date (aaaa/mm/jj) :
Adresse (si non spécifié ci-dessus) :	Tél.:
Ville: Prov: Code postal:	Courriel :
<b>MODE DE PAIEMENT - Le paiement complet des services doit être reçu avant le prélèvement des échantillons</b>	
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.