

APPLICATION POUR UN TEST D'ADN CHEZ SOI ET PAIEMENT

Veuillez remplir ce formulaire et le retourner à Orchid PRO-ADN. **Les résultats seront transmis au demandeur (personne demandant le test).**

Les résultats du test **sont pour fins d'information seulement et non pour utilisation dans des procédures légales**. Ce test est effectué dans le cadre d'un « TEST CHEZ SOI » où il n'y a pas de chaîne de possession - ainsi, ORCHID PRO-ADN ne fait aucune représentation, exprime ou laisse entendre, que les résultats: (i) sont utiles pour un usage autre que pour information; et (ii) sont basés uniquement sur les informations et les échantillons soumis par le client. Les personnes cherchant à utiliser les résultats à d'autres fins, incluant leur utilisation dans des procédures légales, doivent effectuer un TEST AVEC VALEUR LÉGALE.

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

DEMANDEUR (personne demandant le test)			
Nom :		Date (aaaa/mm/jj) :	
Adresse :		App. :	Tél. :
Ville:	Prov:	Code postal:	Courriel :

PARTICIPANTS AU TEST	
#1	NOM : Rôle : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre (spécifier svp) :
#2	NOM : Rôle : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre (spécifier svp) :
#3	NOM : Rôle : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre (spécifier svp) :
#4	NOM : Rôle : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre (spécifier svp) :

INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE
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

INFORMATIONS RELATIVES AU PAIEMENT	
* Le paiement complet des services doit être reçu avant le début de l'analyse. * Les échantillons autres que les frottis buccaux sont sujets à des frais supplémentaires.	
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	
VEUILLEZ CHOISIR L'UN DES MODES DE PAIEMENT SUIVANTS :	
<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 :	Tél.:
Adresse de facturation :	Signature :
Ville:	Prov.: Code postal: Date :