

APPLICATION POUR UN TEST D'ADN AVEC DISPOSITION LÉGALE

Avocat

Veillez 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 tous les représentants légaux ainsi qu'à chaque participant adulte non représenté.**

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/demi-sœurs Autre _____

DEMANDÉ PAR : _____ DATE : _____

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? Oui Non

REPRÉSENTANTS LÉGAUX ET AUTRES AGENCES

Nom :		Représentant de :	
Organisation :		Tél. :	
Adresse :		Télé. :	
Ville:	Prov:	Code postal:	Courriel :
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)			
Nom :		Représentant de :	
Organisation :		Tél. :	
Adresse :		Télé. :	
Ville:	Prov:	Code postal:	Courriel :
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)			

MODE DE PAIEMENT - Le paiement complet ou l'autorisation 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? Oui Non

Ci-joint une lettre confirmant que nous avons les fonds en fiducie. Le laboratoire enverra une facture après la réception de tous les échantillons du dossier.

Le paiement est inclus. (Si le paiement vient d'un client privé, envoyer un chèque certifié ou un mandat-poste à l'ordre d'Orchid PRO-ADN).

Visa MasterCard American Express

Numéro de la carte :		Exp :	CVC :
Nom du détenteur de la carte :		Tél. :	
Adresse de facturation :		Signature:	
Ville:	Prov:	Code postal:	Date :

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