

# APPLICATION POUR UN TEST D'ADN AVEC DISPOSITION LÉGALE

## Gouvernement

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 : \_\_\_\_\_

<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 :

### 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.

Votre agence est-elle exonérée des taxes? Si oui, veuillez indiquer votre numéro de TPS/TVH : \_\_\_\_\_  
(Si vous ne fournissez pas votre numéro de TPS/ TVH, la taxe sera facturée)

Est-ce que la personne qui paie pour le test veut recevoir un reçu par la poste?  Oui  Non

Ci-joint une copie de l'autorisation gouvernementale. 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*