

APPLICATION POUR UN TEST D'IDENTITÉ GÉNÉTIQUE

Veuillez compléter ce formulaire et l'envoyer par télécopieur, courriel ou courrier à l'emplacement indiqué ci-dessus.
Les résultats seront transmis au demandeur du test.

PARTICIPANT AU TEST		
Nom :		
DEMANDEUR (personne demandant le test)		
<input type="checkbox"/> Participant <input type="checkbox"/> Avocat <input type="checkbox"/> Exécuteur testamentaire <input type="checkbox"/> Curateur public <input type="checkbox"/> Autre (spécifier svp) :		
Nom :		
Organisation/Société (si applicable) :		
Adresse :		
Ville	Prov	Code postal :
Tél. :	Télé. :	
Courriel :		
ORGANISATION LIBÉRANT L'ÉCHANTILLON (si applicable)		
Personne ressource :		
Organisation :		
Adresse :		
Ville	Prov	Code postal :
Tél. :	Télé. :	
Courriel :		
TYPE DE TEST REQUIS		
<input type="checkbox"/> Avec disposition légale (comprend le profil d'ADN et entreposage de l'échantillon d'ADN sur une carte de papier FTA)		
<input type="checkbox"/> Chez soi (comprend seulement le profil d'ADN)		
INFORMATIONS RELATIVES AU PAIEMENT		
* Le paiement complet des services doit être reçu avant le prélèvement des échantillons. * Les échantillons autres que les frottis buccaux sont sujets à des frais supplémentaires. * Des frais administratifs peuvent s'appliquer si le dossier est annulé avant l'analyse.		
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 :