

Numéro de dossier	
Date de réception	
Numéro de la demande	

(Réservé à LabGenetics)

DEMANDE DE IDENTIFICATION GENETIQUE
SOLICITANTE

Prénom :	Nom :	
Carte d'identité :	Adresse :	
Ville :	Province :	Code postal:
Tél.:	Fax:	e-mail:

ENVOI DES RÉSULTATS : **Courrier ordinaire** **Fax** **Courrier électronique**

Nom ou Raison Sociale :	N° de client :	
Adresse :	Ville :	
Province :	Code postal:	Tél.:
Fax:	Courrier électronique :	

ÉCHANTILLONS ENVOYÉS*

Référence	Type d'échantillon (Brève description)	Rapport existant avec le cas (#)	Code LabGenetics

(#) Indiquez le numéro correspondant à l'analyse demandée:

(1) Empreinte Génétique (ADN nucléaire)	(2) Étude d'ADN mitochondrial	(3) Détermination du sexe
--	--------------------------------------	----------------------------------

Le soussigné AUTORISE LabGenetics à procéder à un test de identification génétique

À _____, le _____ 200__

Nom et signature : _____

L'ensemble des informations à caractère personnel contenues dans le présent formulaire sont incorporées, tout comme les résultats des analyses, à un fichier qui reste sous la responsabilité de LabGenetics. Conformément à la législation en vigueur, toutes les personnes évoquées sur le présent document pourront exercer leur droit d'opposition, d'accès, de rectification et d'annulation, par voie de courrier électronique dûment identifié, à l'adresse info@labgenetics.com.es.

Mode de Paiement	<input type="checkbox"/> Virement bancaire au nom de Laboratorio de Genética Clínica S.L. Compte nº 2100 – 4563 – 92 - 0200084898 de <i>La Caixa</i> <i>IBAN ES62 2100 4563 9202 0008 4898</i> <i>BIC (SWIFT): CAIXESBB</i>
-------------------------	--