

<b>Numéro de dossier</b>	
<b>Date de réception</b>	
<b>Numéro de la demande</b>	

(Réservé à LabGenetics)

**DEMANDE DE DÉTECTION DE FLUIDES BIOLOGIQUES**
**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:

<b>(1) Détection de sperme</b>	<b>(2) Détection de salive</b>	<b>(3) Détection de sang</b>
--------------------------------	--------------------------------	------------------------------

 Le soussigné **AUTORISE** LabGenetics à procéder à un test de détection de fluides biologiques

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](mailto:info@labgenetics.com.es).

<b>Mode de Paiement</b>	<input type="checkbox"/> Virement bancaire au nom de Laboratorio de Genética Clínica S.L. Compte n° 2100 – 4563 – 92 - 0200084898 de <i>La Caixa</i> <i>IBAN ES62 2100 4563 9202 0008 4898</i> <i>BIC (SWIFT): CAIXESBB</i>
-------------------------	--