



GENDIA  
Emiel Vloorsstraat 9  
2020 Antwerp  
Belgique  
Tél.: +32 3 303 08 01  
Fax: +32 3 238 77 70  
E-mail: patrick.willems@genetic-diagnostic.net  
Internet: www.paternity.be

## FORMULAIRE DE DEMANDE

A COMPLETER PAR LE DEMANDEUR

### IDENTIFICATION DU PERE POTENTIEL

Nom de famille:			
Prénom:			
Date de naissance:	----- Jour	----- Mois	----- Année
Origine ethnique:			
Pays:			

TEST DEMANDE	
TEST DE PATERNITE	
TEST DE MATERNITE	
TEST DE GEMELLITE	
TEST D'IDENTITE	
ISOLATION DE L'ADN	
TEST DE LIEN FAMILIAL	

Origine ethnique:			
Pays:			

### PARTIE DEMANDERESSE

<b>IDENTIFICATION DE LA MERE</b>			
Nom de famille:			
Prénom:			
Date de naissance:	----- Jour	----- Mois	----- Année
Origine ethnique:			
Pays:			

Nom de famille:			
Prénom:			
Adresse:			
Tél.:			
Fax:			
E-mail:			

### IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom de famille:			
Prénom:			
Sexe:	Masculin <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/>	
Date de naissance:	----- Jour	----- Mois	----- Année
Origine ethnique:			
Pays:			

Je suis d'accord de payer immédiatement la facture de GENDIA.			
Signature:			
Date:	----- Jour	----- Mois	----- Année
Mode de paiement:	Visa <input type="checkbox"/>	Mastercard <input type="checkbox"/>	Virement bancaire <input type="checkbox"/>
Nom Carte:			
Numéro Carte:			
Date d'expiration:			

### INFORMATIONS CONCERNANT L'ECHANTILLON

Type:	ADN <input type="checkbox"/>	Sang <input type="checkbox"/>	Trousse <input type="checkbox"/>
Date du prélèvement:	----- Jour	----- Mois	----- Année
Date d'envoi:	----- Jour	----- Mois	----- Année

Compte bancaire GENDIA:			
Uniquement en Belgique:	735-0068036-27		
International:	IBAN: BE48-7350-0680-3627 BIC: KREDBEBB		

### CONSENTEMENT

Par la présente, j'autorise GENDIA à réaliser le test.

Personne:	PERE	MERE	ENFANT *
Nom:			
Signature:			
Date:			

\* Si l'enfant est mineur d'âge (< 18 ans), le tuteur légal doit signer.