



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

AANVRAAGFORMULIER

IN TE VULLEN DOOR AANVRAGER

IDENTIFICATIE VAN MOGELIJKE VADER

Familienaam:			
Voornaam:			
Geboortedatum:	Dag	Maand	Jaar
Ethnische Afkomst:			
Land:			

AANGEVRAAGDE TEST

PATERNITEITSTEST	
MATERNITEITSTEST	
TWEELINGTEST	
IDENTITEITSTEST	
DNA ISOLATIE	
FAMILIE RELATIE TEST	

IDENTIFICATIE VAN MOEDER

Familienaam:			
Voornaam:			
Geboortedatum:	Dag	Maand	Jaar
Ethnische Afkomst:			
Land:			

VRAGENDE PARTIJ

Familienaam:	
Voornaam:	
Adres:	
Tel:	
Fax:	
E-mail:	

IDENTIFICATIE VAN KIND

Familienaam:			
Voornaam:			
Geslacht:	Man <input type="checkbox"/>	Vrouw <input type="checkbox"/>	
Geboortedatum:	Dag	Maand	Jaar
Ethnische Afkomst:			
Land:			

BETALINGSWIJZE

Ik ga akkoord omde GENDIA rekening onmiddellijk te betalen.

Handtekening:			
Datum:	Dag	Maand	Jaar
Wijze van Betaling:	Visa <input type="checkbox"/>	Mastercard <input type="checkbox"/>	Bank Overschrijving <input type="checkbox"/>
Naam Kaart:			
Nummer Kaart:			
Vervaldatum:			

STAAL INFORMATIE

Type:	DNA <input type="checkbox"/>	Bloed <input type="checkbox"/>	Thuis Kit <input type="checkbox"/>
Datum van Afname:	Dag	Maand	Jaar
Datum van Verzending:	Dag	Maand	Jaar

GENDIA Bankrekening:	
Enkel België:	735-0068036-27
Internationaal:	IBAN: BE48-7350-0680-3627
	BIC: KREDBEBB

TOESTEMMING

Ik geef bij deze GENDIA de toestemming om de test uit te voeren.

Persoon:	VADER	MOEDER	KIND *
Naam:			
Handtekening:			
Datum:			

* Wanneer het kind minderjarig is (< 18 jaar) moet de wettelijke voogd tekenen.