



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				AANGEVRAAGDE TEST	
Familienaam:				PATERNITEITSTEST	
				MATERNITEITSTEST	
Voornaam:				TWEELINGTEST	
				IDENTITEITSTEST	
Geboortedatum:	Dag	Maand	Jaar	DNA ISOLATIE	
				FAMILIE RELATIE TEST	
Ethnische Afkomst:				VRAGENDE PARTIJ	

Land:				Familienaam:	
-------	--	--	--	--------------	--

IDENTIFICATIE VAN MOEDER				Voornaam:	
Familienaam:				Adres:	
Voornaam:				Tel:	
Geboortedatum:	Dag	Maand	Jaar	Fax:	
Ethnische Afkomst:				E-mail:	
Land:				BETALINGSWIJZE	

IDENTIFICATIE VAN KIND				Ik ga akkoord omde GENDIA rekening onmiddellijk te betalen.	
Familienaam:				Handtekening:	
Voornaam:				Datum:	Dag Maand Jaar
Geslacht:	Man <input type="checkbox"/>	Vrouw <input type="checkbox"/>		Wijze van Betaling:	Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> Bank Overschrijving <input type="checkbox"/>
Geboortedatum:	Dag	Maand	Jaar	Naam Kaart:	
Ethnische Afkomst:				Nummer Kaart:	
Land:				Vervaldatum:	

STAAL INFORMATIE				GENDIA Bankrekening:	
Type:	DNA <input type="checkbox"/>	Bloed <input type="checkbox"/>	Thuis Kit <input type="checkbox"/>	Enkel België: Internationaal:	735-0068036-27 IBAN: BE48-7350-0680-3627 BIC: KREDBEBB
Datum van Afname:	Dag	Maand	Jaar		
Datum van Verzending:	Dag	Maand	Jaar		

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.