



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

<input type="checkbox"/>	PATERNITEITSTEST
<input type="checkbox"/>	MATERNITEITSTEST
<input type="checkbox"/>	TWEELINGTEST
<input type="checkbox"/>	IDENTITEITSTEST
<input type="checkbox"/>	DNA ISOLATIE
<input type="checkbox"/>	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:	

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.