



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	

IDENTIFICATION DE LA MERE

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

PARTIE DEMANDERESSE	
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:	

MODE DE PAIEMENT	
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.