LABGENETICS
Laboratorio de Genética Clínica S.L.

Numéro de dossier	
Date de réception	
Numéro de la demande	

(Réservé à LabGenetics)

DEMANDE DE TEST DE PATERNITÉ INFORMATIF

DEMANDEUR			
Prénom :	Nom :		
Carte d'Identité :	☐ Père	☐ Mère	☐ Fils ☐ Fille

ENVOI DES RÉSULTATS :	☐ **Courrier ordinaire**	☐ **Courrier électronique**
Prénom et Nom:		
Adresse :		Ville :
Province :	Code postal:	Tél.:
Fax:	Courrier électronique :	

ÉCHANTILLONS ENVOYÉS		
Type d'échantillon	Relation existant avec le cas (#)	***Code LabGenetics***

(#) Mère, Fils/fille, Père présumé, Mère présumée.

Le soussigné, majeur, AUTORISE LabGenetics à procéder à un test de paternité sur les échantillons envoyés et **DÉCLARE,** dans les cas où des mineurs seraient impliqués, qu'ils sont détenteurs de l'autorité parentale sur ces derniers ou, à défaut, qu'ils ont l'autorisation ou la capacité légale pour le prélèvement d'échantillons sur les autres personnes impliquées dans le test.

À _____, le _____ 201__

Nom et signature : _____

L'ensemble des informations à caractère personnel contenues dans le présent formulaire sont incorporées, tout comme les résultats des analyses, à un fichier qui reste sous la responsabilité de LabGenetics. Conformément à la législation en vigueur, toutes les personnes évoquées sur le présent document pourront exercer leur droit d'opposition, d'accès, de rectification et d'annulation, par voie de courrier électronique dûment identifié, à l'adresse info@labgenetics.com.es.

Mode de Paiement	☐ Virement bancaire au nom de LabGenetics S.L. **IBAN : ES45 2100 6181 3802 0025 5464 CAIXABANK** ***BIC (SWIFT): CAIXESBBXXX***. ☐ Paiement par carte de crédit: Quantité: _____ euros Numéro de la Carte de crédit: _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ Date d'échéance: _ _ / _ _

LABGENETICS
C/ Poeta Rafael Morales, 2, 2ª planta. 28702 San Sebastián de los Reyes (Madrid)
Tlf. +34 91 659 22 98 · Fax +34 91 659 22 99 · info@labgenetics.com.es · www.labgenetics.com.es