Dépistage « Family Prep Screen » de Counsyl – Autorisation de paiement

(Le patient doit remplir et signer le formulaire)

Veuillez envoyer ce formulaire de paiement par carte de crédit en y joignant la réquisition du laboratoire et l'échantillon à :

LifeLabs (Attn: CDS)
100 International Blvd,
Toronto, ON M9W 6J6

VEUILLEZ UTILISER LE CARACTÈRE D'IMPRIMERIE (Patient 1) :

Nom de famille	Prénom	Initiale
Date de naissance : (jj/mm/aaaa)	No. de téléphone	
Courriel		
Adresse		
Ville	Province	Code Postal

☐ **Dépistage « Family Prep Screen » de Counsyl 2.0 (Séquençage complet)** **995,00 $**
Panel de dépistage des porteurs qui effectue le séquençage complet de 102 gènes cliniquement significatifs

VEUILLEZ UTILISER LE CARACTÈRE D'IMPRIMERIE (Patient 2 – à remplir lorsqu'un couple se fait tester simultanément) :

Nom de famille	Prénom	Initiale
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	No. de téléphone	
Courriel		
Adresse		
Ville	Province	Code postal

☐ **Dépistage « Family Prep Screen » de Counsyl 2.0 (Séquençage complet)** **795,00 $**
Panel de dépistage des porteurs qui effectue le séquençage complet des 102 gènes cliniquement significatifs

PAIEMENT

❑ Visa ❑ Mastercard

NUMÉRO DE CARTE DE CRÉDIT

DATE EXP. (MM/AA)

MONTANT TOTAL

_____ $ Cdn

Je comprends que ma carte de crédit sera débitée pour le montant total des tests.

TITULAIRE DE LA CARTE DE CRÉDIT

SIGNATURE

DATE

Pour de plus amples renseignements par tél. : 1-844-363-4357 ou courriel Ask.Genetics@LifeLabs.com

www.lifelabsgenetics.com