

Dépistage « Foresight™ Expanded Carrier Screen » de Counsyl

Autorisation de paiement

(Le patient doit remplir et signer le formulaire)

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

B.C. Patients

LifeLabs
Attn: Specimen Management
3680 Gilmore Way
Burnaby, BC
V5G 4V8

All other provinces & territories

LifeLabs
Attn: Specimen Management
37 Voyager Court
Toronto, ON
M9W 4Y2

VEUILLEZ UTILISER LE CARACTÈRE D'IMPRIMERIE :

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

Dépistage « Foresight™ Carrier Screen » de Counsyl (Dépistage de porteurs) 629,00 \$

Panel de dépistage des porteurs qui détecte des mutations spécifiques à travers plus de 175 gènes cliniquement significatifs

PAIEMENT

<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard																										
NUMÉRO DE CARTE DE CRÉDIT	DATE EXP. (MM/AA)	MONTANT TOTAL																								
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>					<u>\$ 629.00</u> \$ CAD
Je comprends que ma carte de crédit sera débitée pour le montant total des tests.																										
_____	_____	_____																								
TITULAIRE DE LA CARTE DE CRÉDIT	SIGNATURE	DATE																								