

Formulaire d'autorisation de paiement

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :	_____	Adresse :	_____	_____	_____
			No	Rue	App.
Prénom :	_____		_____	_____	_____
			Ville	Province	Code postal
Date de naissance :	_____	Tél (résidence) :	_____		
	(Année/Mois/Jour)				
Médecin prescripteur :	_____	Tél (jour) :	_____		

INFORMATIONS DU TEST

- Test Color pour cancer héréditaire**
Analyse de 30 gènes (incluant *BRCA1* et *BRCA2*) associés à un risque de cancer héréditaire **589 \$**

PAIEMENT

VISA Chèque certifié (Pas de chèque personnel)

MasterCard

AMEX

Numéro de carte de crédit : ____ / ____ / ____ / ____

Date d'expiration : ____ / ____ Code de sécurité : ____

MM AA

Détenteur de la carte : _____ _____

Nom Signature

Date : _____

(Année/Mois/Jour)

USAGE INTERNE

Date : _____ # Lab : _____