



## FORMULAIRE DE SOUMISSION DE RELATION ADN TEST

Veillez remplir ce formulaire et le courriel, le télécopieur ou le courrier au contact indiqué ci-dessus.

Un collaborateur du service clientèle organisera des nominations nécessaires. Veuillez noter, zones ombrées sont uniquement à des fins de WFG.

Date de soumission :	Nom de l'expéditeur :	Téléphone de l'expéditeur:	Email de l'expéditeur:	
L'Agence (par exemple : ambassade, consulat ou le Bureau de CIC)		Agence dossier #	WFG #:	
<b>TEST ADN REQUIS :</b>				
<input type="checkbox"/> Paternité <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Demi frère <input type="checkbox"/> Autres: _____				
<b>DONATEURS #1 INFORMATIONS</b>				
Prénom:	Tout d'abord :	Au milieu:	Sexe: <input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle	Passeport #:
Role: <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____				
Date de naissance: (yyyy/mm/dd)		Adresse civique :		
P.O. box:	Ville :	Province:	Pays :	Code postal :
Adresse e-mail :	Informations complémentaires :			N° de téléphone. : (    )
<b>WFG use only:</b>	Item # :	Date:	Processed by:	
Comments:				

<b>DONATEURS #2 INFORMATIONS</b>				
Prénom:	Tout d'abord :	Au milieu:	Sexe: <input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle	Passeport #:
Role: <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____				
Date de naissance: (yyyy/mm/dd)		Adresse civique :		
P.O. box:	Ville :	Province:	Pays :	Code postal :
Adresse e-mail :	Informations complémentaires :			N° de téléphone. : (    )
<b>WFG use only:</b>	Item # :	Date:	Processed by:	
Comments:				

**DONATEURS #3 INFORMATIONS**

Prénom:		Tout d'abord :		Au milieu:		Sexe: <input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle		Passeport #:	
Role: <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____									
Date de naissance: (yyyy/mm/dd)			Adresse civique :						
P.O. box:		Ville :		Province:		Pays :		Code postal :	
Adresse e-mail :			Informations complémentaires :					N° de téléphone. : (   )	
<b>WFG use only:</b>		Item # :		Date:		Processed by:			
Comments:									

**DONATEURS #4 INFORMATIONS  
(S'IL VOUS PLAÎT UTILISER UN DEUXIEME FORMULAIRE SI AUTRES DONATEURS)**

Prénom:		Tout d'abord :		Au milieu:		Sexe: <input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle		Passeport #:	
Role: <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____									
Date de naissance: (yyyy/mm/dd)			Adresse civique :						
P.O. box:		Ville :		Province:		Pays :		Code postal :	
Adresse e-mail :			Informations complémentaires :					N° de téléphone. : (   )	
<b>WFG use only:</b>		Item # :		Date:		Processed by:			
Comments:									

**DESTINATAIRE (S) RAPPORT (SI DIFFERENT DU DEMANDEUR) :**

Nom :		Messagerie :							
Nom :		Messagerie :							

**INFORMATIONS DE PAIEMENT :**

<input type="checkbox"/> Chèque certifié ou mandat-poste payable à Légistes groupe Wyndham . <input type="checkbox"/> Virement bancaire (doit inclure le fichier CIC # et Wfg n° de dossier) <input type="checkbox"/> Transfert par courriel à admin@wyndhamforensic.ca (doit inclure le fichier CIC # et Wfg n° de dossier) <input type="checkbox"/> Payer avec carte de crédit – par le biais de Wfg émis la facture									
* Des frais administratifs s'appliquera si ce cas est révoqué en tout temps avant l'essai.									