

FORMULAIRE DE SOUMISSION POUR LE TEST ADN FAMILIAL

Veuillez remplir ce formulaire et l'envoyer par courriel, télécopieur ou courrier au contact indiqué ci-dessus. Un collaborateur du service clientèle organisera des rendez-vous nécessaires. Veuillez noter, zones ombrées sont pour l'usage de Wfg seulement.				
Date de soumission:	Nom du déposant:	Téléphone du déposant:	Courriel du déposant:	
L'agence (p.e.: ambassade, consulat, Bureau de CIC)		N° du dossier de l'agence:	Wfg File #:	
TEST ADN REQUIS:				
<input type="checkbox"/> Paternité <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Demi-frère <input type="checkbox"/> Autre: _____				
LES INFORMATIONS POUR DONNEUR #1				
Prénom(s):		Nom de famille:	Sexe: <input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle	
Rôle: <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:			
Case postale:	Ville:	Province:	Pays:	Code postal:
Adresse courriel:	Informations supplémentaires:		N° de téléphone:	
Wfg use only:	Item # :	Date:	Processed by:	
Comments:				

LES INFORMATIONS POUR DONNEUR #2				
Prénom(s):		Nom de famille:	Sexe: <input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle	
Rôle: <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:			
Case postale:	Ville:	Province:	Pays:	Code postal:
Adresse courriel:	Informations supplémentaires:		N° de téléphone:	
Wfg use only:	Item # :	Date:	Processed by:	
Comments:				

LES INFORMATIONS POUR DONNEUR #3				
Prénom(s):		Nom de famille:		Sexe: <input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle
Rôle: <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:		
Case postale:	Ville:	Province:	Pays:	Code postal:
Adresse courriel:		Informations supplémentaires:		N° de téléphone:
Wfg use only:	Item # :	Date:	Processed by:	
Comments:				

LES INFORMATIONS POUR DONNEUR #4 (VEUILLEZ UTILISER UN DEUXIÈME FORMULAIRE S'IL Y A D'AUTRES DONNEURS)				
Prénom(s):		Nom de famille:		Sexe: <input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle
Rôle: <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:		
Case postale:	Ville:	Province:	Pays:	Code postal:
Adresse courriel:		Informations supplémentaires:		N° de téléphone:
Wfg use only:	Item # :	Date:	Processed by:	
Comments:				

LE DÉPOSANT AUTORISE WFG À ENVOYER UNE COPIE DU RAPPORT À: DESTINATAIRE(S) DU RAPPORT	
Nom:	Courriel:
Nom:	Courriel:
INFORMATIONS DE PAIEMENT:	
<input type="checkbox"/> Chèque ou mandat-poste certifié payable à Wyndham Forensic Group <input type="checkbox"/> Virement bancaire (N° du dossier de l'agence et de Wfg doivent être inclus) <input type="checkbox"/> Virement interac envoyez à admin@wyndhamforensic.ca (N° du dossier de l'agence et de Wfg doivent être inclus) <input type="checkbox"/> Payez avec carte de crédit – par le biais de la facture émise par Wfg	
* Des frais administratifs s'appliqueront si cette demande est annulée à tout moment avant le test ADN.	