

NOM DE NAISSANCE :

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Sexe : Homme Femme

Examens demandés :

- Coût :

Coordonnées du médecin à contacter en cas de besoin :

Dr

Adresse :

Téléphone :

Je reconnais avoir été informé(e) :

- Des conditions de prélèvements pour les examens demandés ci-dessus
- Du lieu de réalisation de ces analyses
- Du délai et des modalités de rendu des résultats
- Du montant à payer
- Du fait que ce montant ne sera pas pris en charge ni par la sécurité sociale ni par la mutuelle

En signant ce document, **je m'engage à régler** le montant de ces examens au laboratoire.

Fait à

Le

Signature :