



3885, boul. Industriel Laval (QC) Canada H7L 4S3  
T 888.988.1888 F 450.663.4428

USAGE INTERNE / INTERNAL USE

Date : \_\_\_\_\_

Lab # : \_\_\_\_\_

Rév. 2015DE08

J'autorise Dynacare Avenir à prélever sur ma carte de crédit :  
I authorize Dynacare Next to withdraw from my credit card:

**Harmony™ Prenatal Test / Test prénatal  
\$495.00**

Date : \_\_\_\_\_

Visa  Mastercard  AMEX  Chèque certifié / Mandat-poste  
Certified cheque / Money order

**(PAS DE CHÈQUE PERSONNEL)**  
No personal cheques accepted

Numéro / Number \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Date d'expiration / Expiry date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
MM / MM AA / YY

Détenteur de la carte : \_\_\_\_\_  
**Cardholder** Nom / Name

\_\_\_\_\_  
Signature

**Très important : Veuillez compléter les renseignements suivants pour votre reçu**  
**Very important: Please fill out the following information for your receipt**

\_\_\_\_\_  
Nom du patient/Patient's family name

\_\_\_\_\_  
Prénom/First name

\_\_\_\_\_  
Adresse/Address

\_\_\_\_\_  
App./Apt.

\_\_\_\_\_  
Ville/City

\_\_\_\_\_  
Province

\_\_\_\_\_  
Code postal/Postal Code

( ) \_\_\_\_\_  
Tél. (résidence) / Tel. (home)

( ) \_\_\_\_\_  
Tél. (jour) / Tel. (daytime)

\_\_\_\_\_  
Médecin référant/Referring physician