Dynacare next

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