



**PRESCRIPTION D'EXAMEN DE GÉNÉTIQUE SOMATIQUE**

RÉCEPTION CENTRALE : 04 91 22 34 21 / FAX : 04 91 22 36 16  
SECRÉTARIAT BIOPATHOLOGIE : 04 91 22 34 47 / Fax : 04 91 22 35 44  
SECRÉTARIAT ONCOGÉNÉTIQUE MOLECULAIRE : 04 91 22 35 27 / Fax : 04 91 22 35 77

1379-V2

**Ne pas remplir**  
(Réservé au laboratoire)  
Numéro  
d'enregistrement

**ENGAGEMENT DE PAIEMENT**

**Renseignements Patient**

Nom de naissance :  
Nom usuel :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Sexe :                      IPP :



**EN L'ABSENCE DE CE BON DE PRISE  
EN CHARGE RENSEIGNÉ, LA PRESCRIPTION  
NE SERA PAS TRAITÉE ET LES EXAMENS NE SERONT  
PAS RÉALISÉS.**

**DESTINATAIRE DU COMPTE-RENDU DE RÉSULTATS**

Nom : ..... Prénom : .....  
Établissement : .....  
Adresse : .....  
Tél. : ..... Fax : .....

**ÉTABLISSEMENT À FACTURER**

Nom : .....  
Adresse : .....  
Tél. : ..... Fax : .....  
Cachet :

Date de réception :	Heure de réception et nom :	Conformité de la demande :	Oui	Non
		Motif : .....		