

Autorisation de prélèvement

A nous retourner par courriel à : contact@bio86.fr

Ou à déposer au laboratoire.

Date : _____

Je soussigné M. / Mme _____, demeurant
_____ et
agissant en qualité de représentant légal, autorise le laboratoire de biologie
médicale à effectuer des prélèvements sur la personne suivante :

Identité du mineur

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

Sexe : M F

Médecin à contacter en cas de besoin: _____

Signature du représentant légal du patient :

Autorisation de prélèvement

A nous retourner par courriel à : contact@bio86.fr

Ou à déposer au laboratoire.

Date : _____

Je soussigné M. / Mme _____, demeurant
_____ et
agissant en qualité de représentant légal, autorise le laboratoire de biologie
médicale à effectuer des prélèvements sur la personne suivante :

Identité du mineur

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

Sexe : M F

Médecin à contacter en cas de besoin: _____

Signature du représentant légal du patient :