



FORMULARIO DE PETICIÓN DE KIT DE TOMA DE MUESTRAS

Deseo que me envíen de forma gratuita un kit de toma de muestras.

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos: _____
Dirección: _____
Código Postal: _____ Población: _____
Provincia: _____
Teléfono: _____ E-mail: _____

TIPO DE PRUEBA QUE SOLICITA

Paternidad / Parentesco
Numero total de individuos a analizar: ____
 Huella Genética

TIPO DE MUESTRA (Marque el tipo de muestra que desea enviar)

Mucosa Bucal
 Pelo
 Otro:

Rellene este formulario y envíe una copia por correo o fax a la siguiente dirección:

BIONOSTRA, S.L.
Departamento de Biopaternalidad
Ronda de Poniente, 4, 2º C-D
28760 Tres Cantos (Madrid)
Fax: 91 1417151

Si lo desea puede enviar un mensaje indicando la información solicitada a la dirección:
info_biopaternalidad@biopaternalidad.com