



FORMULÁRIO DE PETIÇÃO DE KIT DE RECOLHA DE AMOSTRAS

Desejo que me enviem de forma gratuita um kit de recolha de amostras.

DADOS DO SOLICITANTE

Nome: _____
Nº do BI ou passaporte: _____
Morada: _____
Código Postal: _____ Cidade: _____
Província: _____
Telefone: _____ E-mail: _____

TIPO DE TESTE QUE SOLICITA

Paternidade / Parentesco
Número total de indivíduos a analisar: ____
 Impressão Genética

TIPO DE AMOSTRA (Marque o tipo de amostra que deseja enviar)

Mucosa Oral
 Cabelo
 Outro:

Preencha este formulário e envie uma cópia por correio ou fax à seguinte direcção:

BIONOSTRA APLICACIONES BIOTECNOLÓGICAS, S.L.U.
Departamento de Biopaternalidad
Ronda de Poniente, 4
28760 Tres Cantos (Madrid)
Fax: 91 1417151

Se o deseja pode enviar uma mensagem indicando a informação solicitada á direcção:
info_biopaternalidad@biopaternalidad.com