

**Patient·e / Patient**

Nom / Family Name: Martins Arias

Prénom / Given Name: Jacob

No. permis / License #: 00984

Genre / Gender:

No. facturation / Billing #:

Sexe / Sex:

Clinique / Clinic: **Dialogue** SNDE-SILP: 061159117

Date de naissance / Date of birth: 2012-08-06

Adresse / Address: 2200 rue Stanley, 2nd Floor, Davis Building, Montreal, QC, H3A 1R6

No. assurance maladie / Health Card #: MARJ12080619

Téléphone / Phone: 1-833-352-4734

Téléphone / Phone: 15144248691

Adresse / Address: 190 Rue Sénécal, Saint-Jean-sur-Richelieu, QC J2W 1C8, CA

Renseignements cliniques / Clinical Information:[illegible]

Date et heure du prélèvement / Date & time of collection (AAYY/MM/JD):

EXPIRE dans 12 mois / EXPIRES in 12 months

Prélevé par / collected by:

This requisition is single use only. No additional laboratory tests may be added by any person other than the prescriber.

Cette requête est pour usage unique. Aucun test de laboratoire supplémentaire ne peut être ajouté par toute personne autre que la ou le prescripteur-trice.

Veuillez envoyer les résultats par FAX uniquement / Please send results via FAX only