



LABORATOIRE
d'analyses
biologiques

NEOLAB
TREVOUX
17 rue du
Palais
01600
TREVOUX

**Demande d'analyses sans
ordonnance**

Ref : C1-ENR002 V03 /
NEOLAB
Version : 03
Applicable le : 23-12-2013



Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : H F

Analyses demandées :

.....
.....
.....
.....

Une prescription médicale sera effectuée et transmise ultérieurement au laboratoire : OUI NON

Médecin traitant habituel ou médecin prescripteur :

Ce prescripteur sera informé du résultat par un compte-rendu : OUI NON

En signant ce document, je reconnais avoir été informé :

- Des conditions de prélèvement
- Du lieu de réalisation de ces analyses
- Du délai et des modalités de rendu des résultats
- Du montant à payer de :

Ce montant ne pourra pas être pris en charge par la sécurité sociale, en l'absence d'ordonnance, ou en cas d'analyse Hors Nomenclature

Je m'engage à régler le montant au laboratoire qui réalisera ces analyses.

Fait à

Le

Signature

Coller ici une étiquette du dossier