



DEMANDE DE CONFIRMATION D'IDENTITE

DE-MU0-A0-147-03

Version 3



SI AUCUNE IDENTIFICATION :

(Lieux)....., le.....

Je soussigné(e) (noter Nom + Fonction + Établissement).....

.....
certifie que les échantillons sans identification reçus par le laboratoire BIOALLAN, prélevé ce jour sont bien ceux de (identité du patient) :

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Signature :

SI IDENTIFICATION INCOHÉRENTE (2 NOMS DIFFÉRENTS) :

(Lieux)....., le.....

Je soussigné(e) (noter Nom + Fonction + Établissement).....

.....
certifie avoir commis une erreur d'identification.

Les échantillons reçus par le laboratoire BIOALLAN et identifiés au nom de (identité du patient)

sont en réalité ceux de (identité du patient) prélevé ce jour :

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Signature :