



COMMENT CRÉER VOTRE PROPRE KIT DE PRÉLÈVEMENT D'ADN À DOMICILE

Précautions Importantes

- Les participants ne doivent pas manger, boire ou fumer pendant une heure avant le prélèvement des échantillons.
- Pour obtenir un échantillon satisfaisant, il est important que la personne ait la bouche propre.
- Le formulaire de consentement page 3 ou 4 doit être retourné avec vos échantillons. Nous ne pourrons pas commencer l'analyse sans le consentement approprié. Si le test a plus de 3 participants, vous aurez besoin d'imprimer des copies supplémentaires du formulaire de consentement page 4.
- Les Conditions Générales sont disponibles ici: <https://www.ibdna.fr/conditions-generales/>

Voici tout ce dont vous aurez besoin:

1. Vous aurez besoin de 4 cotons-tiges ou écouvillons buccaux stériles pour chaque participant. Vous pouvez les acheter dans une pharmacie. Si le coton-tige a 2 bouts de coton coupez-en un avant de commencer le prélèvement des échantillons. Il est important d'éviter de toucher le bout en coton avec vos doigts.
2. Vous aurez également besoin d'enveloppes en papier pour y placer les cotons-tiges une fois les échantillons prélevés (une enveloppe pour chaque participant).

INSTRUCTIONS POUR LE PRÉLÈVEMENT D'ÉCHANTILLONS D'ADN

Étape 1: Préparez une enveloppe pour chaque participant en y mettant les détails suivants en lettre MAJUSCULES et de manière claire et lisible:

- Votre code de référence client – il vous sera fourni par notre équipe de service à la clientèle au moment de la commande. Contactez-nous pour demander le votre.
- Nom/Prénom
- Date de naissance
- Relation: Par exemple: père présumé, enfant, etc.

Si vous n'avez pas reçu votre numéro de référence client, veuillez contacter le service clientèle au **+32 (0)28990878**.

Étape 2: En utilisant des cotons-tiges propres, frottez le bout de coton contre l'intérieur de votre joue, contre les gencives et derrière vos lèvres. Faites cela pendant 30 secondes. Veuillez noter que vous devez prélever des cellules de joue détachées et pas seulement de la salive, frottez donc bien l'intérieur de la joue. Répétez cela avec 4 cotons-tiges par personne.

Étape 3: Laissez les écouvillons sécher pendant AU MOINS 1 heure. Placez les cotons-tiges dans un endroit propre, en sorte que le bout en coton ne touche à rien (par exemple mettez-les tête en haut dans un verre). Une fois secs, mettez-les cotons-tiges dans l'enveloppe en papier. NE JAMAIS TOUCHER le bout en coton, même pas pour vérifier s'il est sec. NE PAS LECHER l'enveloppe pour la fermer. Nous vous suggérons de prélever les échantillons des différents participants à différents moments pour éviter tout risque de contamination ou de confusion.

Étape 4: Placez les enveloppes en papier avec les cotons-tiges dans une grande enveloppe avec votre formulaire de consentement (qui se trouve sur la page suivante) signez et renvoyez-là à EasyDNA pour l'analyse. Assurez-vous de l'affranchir au montant nécessaire et utilisez un service sécurisé tel qu'un coursier ou l'envoi recommandé.

Adresse: **General Genetics, 60 Lansdowne Place, Hove, East Sussex, BN3 1FG, Royaume-Uni.**



INSTRUCTIONS DE PAIEMENT

Le paiement de votre test ADN doit être fait une fois l'envoi des échantillons à EasyDNA. Vous pouvez choisir parmi les méthodes suivantes pour effectuer le paiement:

Carte de crédit - Nous acceptons les cartes Visa et MasterCard. Cliquez sur le lien de paiement sécurisé: <https://www.ibdna.fr/order/index.php/checkout/custom>

Virement bancaire Européen - Pour un paiement direct sur notre compte bancaire en Europe, vous pouvez effectuer un virement SWIFT au compte suivant:

Monnaie Bénéficiaire: EURO
Banque: SVB-GENERAL GENETICS CORPORATION
Standard Chartered Bank
Franklinstraße 46-48
60486 Frankfurt am Main
Allemagne

Numéro de Compte: 0500026301
SWIFT Code: SCBLDEFX
IBAN: DE68512305000500026301

Vous pouvez indiquer votre nom de famille comme référence de paiement. Une fois le virement effectué, merci de nous envoyer la copie du récépissé de dépôt par e-mail, ainsi que les détails du type de test que vous souhaitez effectuer. Merci d'indiquer également votre nom et prénom, adresse postale, numéro de téléphone et adresse e-mail.

PayPal - Si vous souhaitez effectuer un paiement par PayPal, vous pouvez nous envoyer un **email** nous informant du type de test dont vous avez besoin et confirmant l'adresse email associée à votre compte PayPal. Une fois votre demande reçue, nous vous confirmerons le prix du test et vous enverrons une demande de paiement.

Western Union - Pour commander et payer le test ADN par Western Union, contactez-nous pour recevoir les coordonnées de la responsable, SOIT par **téléphone** au **+32 (0)28990878**, SOIT par **e-mail** à info@ibdna.fr

- Remplir la partie 1 pour les tests de paternité/maternité

- Remplir la partie 2 (au verso) pour les autres tests

INSTRUCTIONS:

- Veuillez **noter votre numéro de référence client** dans la case prévu à cet effet (veuillez contacter le service client si vous n'avez pas de numéro de référence).
- Ce formulaire doit accompagner vos échantillons et être achevé en **MAJUSCULES**.
- Tous les détails des personnes testées ainsi que la signature doivent apparaître pour **pouvoir commencer l'analyse**.

CODE DE RÉFÉRENCE CLIENT

DONNÉES PERSONNELLES DE L'ENFANT

Nom et Prénom: _____ Origine Ethnique: _____ Naissance: JJ / MM / AAAA

Prélèvement: Écouvillon Buccal Autre: _____ Date du Prélèvement: JJ / MM / AAAA Sexe: H F

- J'ai lu et j'accepte les **termes du contrat** et j'autorise GGC à procéder à des analyses ADN sur les échantillons fournis.

- Si l'enfant est **mineur**, je soussigné, le parent ou le tuteur légal, consent à tester l'ADN de l'enfant sous ma responsabilité.

Nom et Prénom: _____ Signature: _____

DONNÉES DU PÈRE PRESUMÉ

Nom et Prénom: _____ Origine Ethnique: _____ Naissance: JJ / MM / AAAA

Prélèvement: Écouvillon Buccal Autre: _____ Date du Prélèvement: JJ / MM / AAAA Sexe: H F

- J'ai lu et j'accepte les **termes du contrat** et j'autorise GGC à procéder à des analyses ADN sur les échantillons fournis.

Signature: _____

DONNÉES DE LA MÈRE

Nom et Prénom: _____ Origine Ethnique: _____ Naissance: JJ / MM / AAAA

Prélèvement: Écouvillon Buccal Autre: _____ Date du Prélèvement: JJ / MM / AAAA Sexe: H F

- J'ai lu et j'accepte les **termes du contrat** et j'autorise GGC à procéder à des analyses ADN sur les échantillons fournis.

Signature: _____

PERSONNE ADDITIONNELLE PÈRE FILS/FILLE

Nom et Prénom: _____ Origine Ethnique: _____ Naissance: JJ / MM / AAAA

Prélèvement: Écouvillon Buccal Autre: _____ Date du Prélèvement: JJ / MM / AAAA Sexe: H F

- J'ai lu et j'accepte les **termes du contrat** et j'autorise GGC à procéder à des analyses ADN sur les échantillons fournis.

- Si l'enfant est **mineur**, je soussigné, le parent ou le tuteur légal, consent à tester l'ADN de l'enfant sous ma responsabilité.

Nom et Prénom: _____ Signature: _____

TERMES ET CONDITIONS DU CONSENTEMENT EXPLICITE (SIGNEZ CI-DESSOUS POUR CONFIRMER VOTRE CONSENTEMENT)

Je suis conscient que les données que j'ai fournies ainsi que mes données génétiques seront utilisées uniquement dans le but de réaliser le test ADN commandé. Je suis conscient que GGC devra partager mes données avec un processeur tiers pour effectuer l'analyse génétique conformément à notre accord contractuel. Je comprends que GGC peut transmettre mes données en dehors de l'UE et qu'ils ont pris toutes les précautions nécessaires pour assurer la sécurité de mes données. Je comprends que je suis en mesure de retirer mon consentement à tout moment en contactant GGC par e-mail. Je comprends tout ce qui précède et donne mon consentement explicite à GGC pour le traitement de mes données.

Enfant: _____ Père: _____ Mère: _____ Personne supplémentaire: _____

PERSONNE SOLLICITANT LE TEST

Nom et Prénom: _____

Téléphone: _____

Adresse: _____

Signature: _____

ADRESSE EMAIL POUR RECEVOIR LES RESULTATS

Email: _____

Mot de passe: _____

Conformément à la loi relative à la protection des données personnelles, vous devez créer un mot de passe. Cela nous aidera à confirmer votre identité à chaque fois que vous contacterez notre service à la clientèle.

Signature: _____

CODE DE RÉFÉRENCE CLIENT

INSTRUCTIONS:

- Ce formulaire doit accompagner vos échantillons et être achevé en **MAJUSCULES**.
- Tous les détails des personnes testées ainsi que la signature doivent apparaître pour **pouvoir commencer l'analyse**.
- Remplissez la partie 2 pour les types de tests suivants: Relation, Ascendance, Infidélité, Profil ADN, Gémellité ou Chromosome Y.

DÉTAILS DU PARTICIPANT 1

Nom et Prénom: _____ Rapport Parental: *père/enfant additonnel, frère/sœur, tante/oncle, grand-parent*

Origine Ethnique: _____ Sexe: H F Prélèvement: Écouvillon Buccal Autre: _____

Date de Naissance: / / Date du Prélèvement: / /

- J'ai lu et j'accepte les **termes du contrat** et j'autorise GGC à procéder à des analyses ADN sur les échantillons fournis.
- Si l'enfant est **mineur**, je soussigné, le parent ou le tuteur légal, consent à tester l'ADN de l'enfant sous ma responsabilité.

Nom et Prénom: _____ Signature: _____

DÉTAILS DU PARTICIPANT 2

Nom et Prénom: _____ Rapport Parental: *père/enfant additonnel, frère/sœur, tante/oncle, grand-parent*

Origine Ethnique: _____ Sexe: H F Prélèvement: Écouvillon Buccal Autre: _____

Date de Naissance: / / Date du Prélèvement: / /

- J'ai lu et j'accepte les **termes du contrat** et j'autorise GGC à procéder à des analyses ADN sur les échantillons fournis.
- Si l'enfant est **mineur**, je soussigné, le parent ou le tuteur légal, consent à tester l'ADN de l'enfant sous ma responsabilité.

Nom et Prénom: _____ Signature: _____

DÉTAILS DU PARTICIPANT 3

Nom et Prénom: _____ Rapport Parental: *père/enfant additonnel, frère/sœur, tante/oncle, grand-parent*

Origine Ethnique: _____ Sexe: H F Prélèvement: Écouvillon Buccal Autre: _____

Date de Naissance: / / Date du Prélèvement: / /

- J'ai lu et j'accepte les **termes du contrat** et j'autorise GGC à procéder à des analyses ADN sur les échantillons fournis.
- Si l'enfant est **mineur**, je soussigné, le parent ou le tuteur légal, consent à tester l'ADN de l'enfant sous ma responsabilité.

Nom et Prénom: _____ Signature: _____

TERMES ET CONDITIONS DU CONSENTEMENT EXPLICITE (SIGNEZ CI-DESSOUS POUR CONFIRMER VOTRE CONSENTEMENT)

Je suis conscient que les données que j'ai fournies ainsi que mes données génétiques seront utilisées uniquement dans le but de réaliser le test ADN commandé. Je suis conscient que GGC devra partager mes données avec un processeur tiers pour effectuer l'analyse génétique conformément à notre accord contractuel. Je comprends que GGC peut transmettre mes données en dehors de l'UE et qu'ils ont pris toutes les précautions nécessaires pour assurer la sécurité de mes données. Je comprends que je suis en mesure de retirer mon consentement à tout moment en contactant GGC par e-mail. Je comprends tout ce qui précède et donne mon consentement explicite à GGC pour le traitement de mes données.

Enfant: _____ Père: _____ Mère: _____ Personne supplémentaire: _____

PERSONNE SOLLICITANT LE TEST

Nom et Prénom: _____

Téléphone: _____

Adresse: _____

ADRESSE EMAIL POUR RECEVOIR LES RESULTATS

Email: _____

Mot de passe: _____
Conformément à la loi relative à la protection des données personnelles, vous devez créer un mot de passe. Cela nous aidera à confirmer votre identité à chaque fois que vous contacterez notre service à la clientèle.

Signature: _____