



香港護士協會

九龍佐敦白加士街 25-27 號慶雲商業大廈四樓

電話：2314-6912 / WhatsApp：6476-3520

2314-6944

ASSOCIATION OF HONG KONG NURSING STAFF

4/F., Hing Wan Commercial Building, 25-27 Parkes Street, Jordan, Kowloon

Tel: 2314-6912 / 2314-6944

Website: www.nurse.org.hk

WhatsApp：6476-3520

【婚前 VISTA™遺傳病基因檢測 (包醫生診症)】參加表格

申請表格 (護協會員及其親友均可參加)

請填妥以下資料，然後親臨至「香港護士協會」會址 4 樓保險部辦理手續：

參加者姓名：(中) _____ (英) _____

電話：(手提) _____

電郵：_____

身份証號碼：_____ 出生日期：_____

地址：_____

會員証號碼：_____ 與會員之關係：_____

會員姓名：(中) _____ (英) _____

* 請參閱「參加者注意事項和化驗地點」及以 ☒ 選擇項目

☐ 婚前 VISTA™遺傳病基因檢測 12 種(包醫生診症) Vista Carrier Screening Test (12 Items)

護協價：HK\$3,800

☐ 婚前 VISTA™遺傳病基因檢測 173 種(包醫生診症) Vista Carrier Screening Test (173 Items)

護協價：HK\$4,800

請以 ☒ 選擇化驗診所地區

(進行基因檢測前請先諮詢醫生意見 - 銅鑼灣診所，諮詢費用已包含在本計劃中。詳情請見參加者注意事項第二條。)

☐ 銅鑼灣

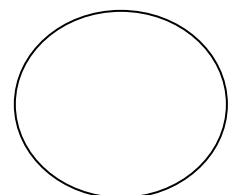
護協專用

付款方法： ☐ 易辦事 EPS ☐ Visa 信用咭 ☐ 微信支付 ☐ 支付寶

付款金額：_____ 收據號碼：PINSR _____

經手人：_____ 日期：_____

備註：PMS _____



護協蓋章

參加者注意事項：

1. 此計劃適合 18 歲或以上人士參與。
2. 參加者需在醫生認為無任何臨床條件會影響結果的情況下進行此檢測。
3. 申請一經確定，閣下可於兩日後致電 V-Care 熱線預約。預約程序必須在 3 個月內完成。
4. 請先填妥以上資料連同所需的款項，然後親臨至「香港護士協會」會址 4 樓保險部辦理手續（親臨需出示會員証正本）。
5. 此計劃一經確定，不可退款或轉讓他人。
6. 本會不會補發遺失的申請表格或付款收據。
7. 此檢查服務由 V-Care 提供，對於 V-Care 提供之優惠服務質素，護協概不承擔任何責任。
8. 檢查當日需交回付款收據正本及已蓋印之申請表格正本。
9. 護協 Whatsapp 查詢: 6476 3520