DRIVER CHECK
Physical Exams & Drug Testing

Lettre d'Autorisation

Nom de l'employé: _____

Nom de l'entreprise: _____

Adresse de l'entreprise: _____

Représentant désigné de l'employeur: _____

Téléphone: _____ **Télécopieur:** _____

MRO: Dr. Chris Page
1 Manley St., P.O. Box 1186
Ayr, ON
N0B 1E0

Adresse de L'Employeur:
(si pas spécifié en haut)

c/o DriverCheck
1 Manley St., P.O. Box 1186
Ayr, ON
N0B 1E0

Lab: ☐ Gamma-Dynacare
245 Pall Mall St.
London, ON
N6A 1P4

OU ☐ Maxxam Analytics
6740 Campobello Rd
Mississauga, ON
L5N 2L8

Raison pour le Test

☐ Pré-embauche ☐ Après-accident ☐ Retour-à-travail ☐ Autre
☐ Random (pige au hasard) ☐ Doute Raisonable ☐ Suivi

Type de test (drogues et/ou alcool): ☐ **DOT** **ou** ☐ **NON-DOT**

Services Demandé

☐ Dépistage de Drogues (5 Panneaux) ☐ Medical de Chauffeur en Ontario ☐ Médical de Pré-embauche
☐ Dépistage d'Alcool (Haleine ou Salive) ☐ DC Transborder Medical ☐ Autre:_____
☐ Panneau spécial: cocher autre 'Other' dans section E, partie 1 et écrivez le code suivant: _____

Un rendez-vous a été planifié pour:

Date: _____ Heure: _____

Nom du site de collection: _____

Rendez-vous pris avec (au site): _____ Fax: _____

Rendez-vous pris par (à DriverCheck): _____ Date: _____

Merci à l'avance! Questions? Contactez-nous au 1-800-463-4310.