



Micro Trace Minerals Laboratoire

Plus de 40 années de laboratoire
diagnostique et de l'environnement

Röhrenstrasse 20
91217 Hersbruck
Germany

téléphone: +49 (0) 9151/4332
télécopie: +49 (0) 9151/2306

info@microtrace.fr
<https://microtrace.fr>



Soumission D'information : Vitamine D

Nom du médecin :

Nouveau client ou si votre information a changé remplissez, SVP les champs sur la 2ieme page.

Nom du patient :

Rue : _____ Code postal : _____ Ville : _____

Etat/Province : _____ Pays : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Email : _____

Seulement si le rapport doit être envoyer au patient (en capitales de bloc, SVP)

Date de naissance : _____ Sexe : m f


Vitamine D test

25-Hydroxy-Vitamine D (Calcifédiol) 37.77 €

1,25-Dihydroxy-Vitamine D (Calcitriol) 59.02 €

Echantillon : Sérum (3ml)

Envoi du rapport :	Hôpital/Médecin	Patient	2ieme adresse (surtaxe de € 9,95)
Par :	Courrier	Email	Fax

Paiement par	Adresse de facturation:	Hôpital/Médecin	Patient
Carte de crédit	VISA Mastercard	Numéro : _____	
Valide jusqu'à (MM/AA) :	code 3-chiffre : _____	Signature : _____	
Virement bancaire fait à :		Pour € : _____	
	Paiement fait a l'adresse : service@microtrace.de		
Paiement d'avance sur carte de crédit est nécessaire, autrement les échantillons seront tenus jusqu'à ce que le paiement soit reçu, merci.			

*** tournez la page, SVP ***

Nouveau client ou nouvelles données:

Adresse: _____

Téléphone: _____

Fax : _____

Email : _____

ou

Hôpital/Médecin Tampon

Consentement éclairé sur la protection des données

Je consens à ce qu'un échantillon soit prélevé par le médecin traitant ou le/la praticien-ne en médecine alternative puis transmis au laboratoire Micro Trace Minerals GmbH ("MTM") en vue de posséder et d'effectuer le test demandé. De plus, j'accepte que MTM transmette cet échantillon, mon nom ainsi que ma date de naissance à des laboratoires spécialisés d'Allemagne afin d'effectuer l'analyse demandée, puis que MTM soit informé du résultat.

Si je souhaite transmettre le résultat de l'analyse réalisée par MTM au médecin traitant ou au/à la praticien-ne spécialisé-e en médecine alternative, j'accepte qu'il/elle aura vu celui-ci afin d'établir un diagnostic. Je peux annuler l'accord donné au médecin traitant, au/à la praticien-ne spécialisé-e en médecine alternative ou à Micro Trace Minerals GmbH à tout moment. Jusqu'à ce que cet accord soit effectivement révoqué, le traitement de mes données personnelles reste légal.

Vous pouvez trouver des précisions supplémentaires dans notre politique de confidentialité :

En signant ci-dessous, je certifie que toutes les informations fournies sont exactes.

Date : _____ **Signature du patient :**  _____

(N'oubliez pas, SVP)

Barcode VitD 1

Barcode VitD 2

Barcode VitD 3