



Laboratorio Micro Trace Minerals

Más de 40 años de análisis
ambiental en todo el mundo

Röhrenstrasse 20
91217 Hersbruck
Germany

teléfono: +49 (0) 9151/4332
fax: +49 (0) 9151/2306

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



FORMULARIO DE ENVÍO: **Vitamina D**

Clínica / Médico solicitante: _____

Si es un cliente nuevo o ha cambiado la información de contacto, rellene los campos de la página 2.

Nombre y Apellido del paciente: _____

Calle: _____ Código postal: _____ Ciudad: _____

Estado/Provincia: _____ País: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Solamente si el informe será enviado al paciente (por favor, escriba con letras mayúsculas)

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: h m

Análisis de vitamina D

25-hidroxivitamina D (Calcifediol) 45.29 €

1,25-dihidroxivitamina D (Calcitriol) 70.79 €

Material para el análisis: Suero (3ml)

Enviar el informe a:	Hospital/Médico	Paciente	ambas direcciones (sobrecarga del €9,95)
Enviar el informe por:	Correo	E-mail	Fax

Método de	Factura a:	Hospital/Médico	Paciente
Tarjeta de crédito	VISA Mastercard número: _____		
Válida hasta (MM/YY): _____	Código de 3 dígitos: _____		Firma: _____
Transferencia bancaria hecha en: _____		por € _____	

El pago se ha efectuado en la dirección: service@microtrace.de

Es necesario prepago o tarjeta de crédito. De otro modo, se retendrán las muestras hasta que se reciba el pago.

*** pasar página ***

Si es un cliente nuevo o han cambiado sus datos,

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

E-mail: _____

o

Sello del hospital / médico

Consentimiento informado para la protección de datos

Doy mi consentimiento para que mi muestra sea recogida por el médico responsable o terapeuta alternativo, y sea transmitida a Micro Trace Minerals GmbH ("MTM") con el fin de poseer y realizar la prueba que he solicitado. Además, estoy de acuerdo en que MTM envíe mi muestra de material, mi nombre y mi fecha de nacimiento a laboratorios especializados en Alemania para llevar a cabo la prueba que he solicitado y en que MTM sea notificada del resultado. Si deseo enviar el resultado de la prueba de MTM al médico responsable o al terapeuta alternativo, acepto que él / ella vean el resultado de la prueba para establecer un diagnóstico. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento al médico responsable o terapeuta alternativo o a Micro Trace Minerals GmbH. Hasta que se revoque efectivamente mi consentimiento, el procesamiento de mis datos personales seguirá siendo legal.

Los detalles se pueden encontrar en nuestra política de privacidad en:

Al firmar abajo, certifico que toda la información suministrada es correcta.

Fecha: _____

Firma de paciente: _____

x

(Por favor, no se olvide de firmar)

Barcode VitD 1

Barcode VitD 2

Barcode VitD 3