



Micro Trace Minerals Laboratorio

40+ anni di diagnostica clinica e ambientale
Di laboratorio

Röhrenstrasse 20
91217 Hersbruck
Germany

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

info@micro-trace.it
<https://micro-trace.it>



Modulo di Presentazione: **Vitamina D**

Clinica/Medico richiedente:

Nuovo cliente o, in caso di variazione dei dati di contatto, si prega di compilare i campi a pagina 2.

Nome paziente: _____

Via: _____ CAP: _____ Città: _____

Stato: _____ Nazione: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Da compilare se la relazione deve essere inviato via email al paziente (si prega di completare in stampatello)

Data di Nascita: _____ Sesso: m f

Analisi vitamina D

25-Idrossivitamina D (Calciolo) 45.29 €

1.25-Diiodrossivitamina D (Calcitriolo) 70.79 €

Materiale da analizzare: Siero (3ml)

Inviare relazione a:	Medico	Paziente	Entrambi gli indirizzi (€9,95 di sovrapprezzo)
Inviare relazione via:	Posta	E-Mail	Fax

Pagamento	Fatturare a:	Medico	Paziente
Carta di credito	VISA	Mastercard	Numero carta: _____
Valida a tutto il (MM/AA):	_____	CVC/CVV: _____	Firma: _____
Bonifico bancario su:	_____	Per €	_____

Pagamento effettuato all'indirizzo: service@microtrace.de

Si richiede pagamento anticipato o via carta di credito. In caso contrario, i campioni verranno trattenuti fino alla ricezione del pagamento.

*** girare pagina ***

Nuovo Cliente o variazione dei dati di contatto, si prega

Indirizzo: _____

Tel.: _____

Fax: _____

E-mail: _____

O

Timbro clinica/medico

Consenso informato per la protezione dei dati

Do il mio consenso alla raccolta del mio campione da parte del medico responsabile o da un terapeuta alternativo, e alla sua trasmissione a Micro Trace Minerals GmbH ("MTM") perchè ne entri in possesso ed esegua l'analisi da me richiesta. Inoltre, acconsento al fatto che MTM invii il mio campione di materiale, il mio nome e la mia data di nascita a laboratori specializzati in Germania per l'esecuzione del test da me richiesto, e al fatto che a MTM ne venga inviato l'esito. Se desidero inviare il risultato del test MTM al medico responsabile o a un professionista alternativo, do il mio consenso affinché questi prenda visione del risultato del test per elaborare una diagnosi. Posso revocare in qualsiasi momento il mio consenso al medico responsabile, al professionista alternativo o a Micro Trace Minerals GmbH. Fino all'effettiva revoca del mio consenso, l'elaborazione dei miei dati personali rimarrà pienamente legale.

Tutti i dettagli sono reperibili nella nostra politica della privacy in: <https://micro-trace.it/it/contatti/informativa-sulla-privacy/ordine-di-laboratorio>
Con la firma apposta in basso certifico che tutte le informazioni fornite sono corrette.

Data: _____ **Firma Paziente:**  _____
(si prega di non dimenticare)

Barcode VitD 1

Barcode VitD 2

Barcode VitD 3