



Micro Trace Minerals Laboratório

Mais de 40 anos de análises ambientais em todo o mundo

Röhrenstrasse 20
91217 Hersbruck
Germany

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

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



Formulário de Inscrição: **Vitamina D**

Clinica/Médico requerente:

Novo Cliente ou caso a informação de contato tenha mudado, por favor preencha os campos na página 2.

Nome do Paciente: _____

Rua: _____ CEP: _____ Cidade: _____

Estado: _____ País: _____

Telefone: _____ Fax: _____

E-mail: _____

por favor preencher caso o relatório é para ser enviado ao paciente (por favor complete em maiúsculas)

Data de Nascimento: _____ Sexo: m f

Teste de Vitamina D

25-Hidroxitamina D (Calcifediol) 45.29 €

1.25-Dihidroxitamina D (Calcitriol) 70.79 €

Materiais Testados: Sêrum (3ml)

Enviar relatório para: Médico Paciente ambos os endereços (€9,95 sobretaxas)

Enviar relatório para: Correio E-mail Fax

Pagamento

Fatura para:

Médico

Paciente

Cartão de Crédito VISA Mastercard Número do Cartão: _____

válido até (MM/AA): _____ 3 últimos dígitos do cartão: _____ Assinatura: _____

Transferência bancária realizada em: _____ de € _____

O pagamento foi realizado para o endereço: service@microtrace.de

É Necessário um Pré-Pagamento ou Cartão de Crédito, caso contrário as amostras serão retidas até que seja recebido o pagamento.

*** vire por favor ***

Novo Cliente ou caso a informação de contato tenha

Endereço: _____

Telefone: _____

Fax: _____

E-mail: _____

ou

Carimbo da Clinica / do Médico

O consentimento informado para proteção de dados

Eu consinto que minha amostra seja coletada pelo médico responsável ou terapeuta alternativo e seja transmitida para a Micro Trace Minerals GmbH ("MTM") com a finalidade de posse e realização de ensaio solicitado por mim. Além disso, eu concordo que a MTM enviará o meu material de amostra, meu nome e data de nascimento para laboratórios especializados na Alemanha para a realização do teste que eu solicitei e que a MTM será notificada do resultado.

Se eu quiser enviar o resultado do teste da MTM para o médico responsável ou terapeuta alternativo, eu concordo que ele/ela verá o resultado do teste para fornecer um diagnóstico. Eu posso revogar o meu consentimento a qualquer momento para o médico responsável ou terapeuta alternativo, ou para a Micro Trace Minerals GmbH. Até o meu consentimento ser efetivamente revogado, o processamento dos meus dados pessoais permanecerá legal.

Os detalhes podem ser encontrados em nossa política de privacidade em:

Cadastrando-me abaixo, certifico que toda a informação fornecida está correta.

Data: _____

Assinatura do Paciente:

x

(por favor não esquecer)

Barcode VitD 1

Barcode VitD 2

Barcode VitD 3