



## 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](mailto:info@microtrace.eu)  
<https://microtrace.eu>



### Formulário de Inscrição:

### Testes de metal em outras amostras

Clinica/Médico requerente:

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

Nome do Remetente:

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)

### **TESTES DE METAL DE FARMACÊUTICOS, COSMÉTICOS, ALIMENTOS, SUPLEMENTOS, ETC.**

**Perfil Padrão (P6)**

35 Elementos

252.00 €

**Elementos Testados:**

**(por teste)**

Alumínio, Antimônio, Arsênico-total, Bário, Berílio, Bismuto, Cádmio, Cálcio, Césio, Chumbo, Cobalto, Cobre, Cromo, Ferro, Gallium, Germanio, Lata, Lítio, Magnésio, Manganês, Mercurio, Molibdênio, Niquelar, Paládio, Platina, Prata, Selênio, Strontio, Thallium, Titânio, Tungstênio, Urânio, Vanádio, Zinco, Zirconium

**Nota Importante:** Nós temos o direito de limitar o número de elementos testados, se necessário de acordo com as limitações de amostragem.

**Materiais Testados:** 10 gramas de amostra

**Tipo de amostra (ex. tipo de farmacêutico, etc.):**

**Descrição do produto:**

Envie informação do produto original, se disponível em Inglês, Espanhol, Francês, Português, Italiano ou Alemão.

**Nota! Não estão disponíveis intervalos de referência para este material.**

#### Pagamento

Fatura para:

Médico

Endereço do Remetente

Cartão de Crédito

VISA

Mastercard

Número do Cartão:

válido até (MM/AA):

3 últimos dígitos do cartão:

Transferência bancária realizada em:

de €

**O pagamento foi realizado para o endereço: [service@microtrace.de](mailto: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 \*\*\*

Elementos adicionais podem ser contra testes com encargos. Por favor contate-nos:

**Itens adicionais solicitadas ou comentários. Por favor consígnelos:**

---

---

**Enviar relatório para:** Médico Endereço do Remetente ambos os endereços (€ 9,95 sobretaxas)

**Enviar relatório para:** Correio E-mail Fax

**Novo Cliente ou caso a informação de contato tenha**

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

ou

**Carimbo da Clínica / 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 Remetente:** \_\_\_\_\_

*x*

**(por favor não esquecer)**

Barcode X 1

Barcode X 2

Barcode X 3

T P

T P

□ □

Este formulário pode também ser preenchido no computador, por favor visite: <https://microtrace.eu/es/formulario-de-pedido/>

□ □