



Micro Trace Minerals GmbH



Laboratorio de análisis clínicos y medioambientales

Röhrenstr. 20

D - 91217 Hersbruck (Germany)

e-mail service@microtrace.de website: www.microtrace.de

Tel: +49 (0)9151-4332

Fax: +49 (0)9151-2306

FORMULARIO DE PEDIDO (Favor escriba claramente en imprenta)

Tipo de Prueba: **Heces**__

Fecha/Date: _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Patient information)

Por favor llene los espacios claramente con los datos que se le solicitan (necesarios para procesar su muestra) y la sección de pago. Si llegara a faltar algún dato, podrían ocurrir retrasos o demoras en la entrega de sus resultados.

Nombre (first name): _____

Apellido (Last name): _____ Sexo: M__ F__

Dirección (Address) _____

Ciudad (City) _____ Estado/Provincia _____

Código Postal (Zip) _____ País (Country) _____

Enviamos resultados por correo electrónico únicamente, por favor proporcione una dirección de correo electrónico donde quiera

E-mail: _____ Teléfono (s): _____

Fecha de Nacimiento: D__ M__ A__ Fecha de nacimiento __/__/____

esta información deberá ser proporcionada

HECES (Stool) Fecha de muestra (sampling date) _____

__ El examen microbiológico - 5gr de hece €160.--

__ 9 Metales __ sin producto quelante (before chelation) €16.62

__ con quelante (post) €16.62

Indicar cuál y dosis (dosis used) _____

Por favor, paso de página

PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO (Person responsible for payment)

Favor llene esta sección en caso que no sea el/la paciente quien cubra los costos de la prueba.
(please complete if payment is made by any one other than the patient)

Nombre: _____

Dirección _____

Teléfono (s): _____ Fax: _____

MÉTODO DE PAGO

___ Transferencia Bancaria (adjunto copia de la misma) (bank transfer, please include copy)

Tarjeta de crédito- marque una (Mark Credit card)

__ Visa __ MasterCard # _____

Nombre del Titular de la Tarjeta (Card Holder Name) _____

Fecha de vencimiento (exp date): _____ Código de Seguridad (Security code) _____

Fecha / Signatura: _____