



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
www.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

Fecha: _____ Firma de paciente: _____

(Por favor, no se olvide de firmar)

Análisis de vitamina D

25-hidroxivitamina D (Calcifediol) 37,77 €

1,25-dihidroxivitamina D (Calcitriol) 59,02 €

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

Barcode VitD 1

Barcode VitD 2

Barcode VitD 3