

Web & email adresse

www.daphnelab.com - info@daphnelab.com

Telefonnummern

Tel. +39.02.37920609 - +39.06.87811887

Fax +39.02.45509949

Die Anfrage ist zu richten an:

DAPHNE LAB c/o Eldavia

Via Milano, 2 - 81030 Lusciano CE - ITALIEN

ISO quality
ISO ecology

DAPHNE POINT Stempel oder Barcode

lab

Reservierter Platz DAPHNE LAB

WARNUNGEN: Füllen Sie alle in diesem Formular erforderlichen Daten aus (Formular 62). Bitte kontaktieren Sie DAPHNE LAB für Zahlungsanweisungen. Senden Sie die Karte mit die zu analysierende Probe und die Kopie der Zahlung an die angegebene Adresse. Unterschreiben Sie leserlich und datieren Sie die Anfragen. Die Daten müssen in Blockschrift und lesbar geschrieben sein. Der Kunde akzeptiert alle rechtlichen Aspekte des BioMetaTest, die in den "Rechtlichen Hinweisen" und der Datenschutzerklärung beschrieben sind und auf der Website oder am Daphne Point eingesehen werden können. BioMetaTests sind keine Diagnosetests, weder klinisch noch medizinisch, noch verschreibend, noch hygienisch, noch genetisch, bestimmen nicht die klinische Unverträglichkeit gegenüber Laktose, Gluten oder Allergien jeglicher Art. Genre. BioMetaTests sollten NICHT an schwangeren Frauen durchgeführt werden. Jede Anfrage nach BioMetaTest sollte immer von Ihrem Arzt, dem Arzt oder der Ärztin beraten werden. muss immer der Aufsicht Ihres Arztes unterstellt und genehmigt werden, bevor Sie einem vorgeschlagenen Programm folgen. Die Gültigkeit des BioMetaTests ist auf Folgendes beschränkt 90 Tage. Beispiele für alle BioMetaTests und Anweisungen zum Ausfüllen des Formulars 62 finden Sie auf der Website www.daphnelab.com

Nachname *	Name *	Jahre *	Adresse *
------------	--------	---------	-----------

Kappe *	Stadt *	Bundesland *	Festnetztelefon *
---------	---------	--------------	-------------------

Mobiltelefon *	Beruf	P. Mehrwertsteuer oder Steuerkennzeichen*
----------------	-------	---

E-Mail *	Geburtsort und -datum *
	TAG MONAT JAHR

In welcher physischen Struktur erkennst du dich selbst?

Auf welche willst du zielen?

Aktuelles Gewicht (kg) *	Genauere Höhe (cm) *	Handgelenkumfang (cm)	Bauchumfang (cm)	Sex *
--------------------------	----------------------	-----------------------	------------------	-------

Wurden Ihre Haare gefärbt, gefärbt oder anderweitig behandelt * (Spezifizieren)	Blutdruck
<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Hypothese <input type="radio"/> Bluthochdruck

Nimmst du Medikamente und/oder Drogen? (Bitte spezifizieren, weitere Informationen hier oder im Anhang eingeben)	Bist du schwanger?*	Sind Sie menopausal oder andropausiert?
<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN

Hast du Allergien? * (Welche Allergien haben Sie?)	Hast du ein gutes Verhältnis zu deinem Körper?
<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> Ich weiß nicht	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> Manchmal

Treiben Sie Sport? (Was und wie oft in der Woche)	Blutgruppe	Schlaflosigkeit?	Verstopfung?
<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> AB <input type="radio"/> B <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> RH+ <input type="radio"/> RH-	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> Manchmal	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> Manchmal

Haben Sie: (Geben Sie auch die Menge an)	Hast du dauerhafte Tattoos?	Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?	Nervösem Hunger?
<input type="radio"/> Amalgam <input type="radio"/> Füllungen <input type="radio"/> Dentalhygiene <input type="radio"/> Sonst noch etwas?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	_____	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> Manchmal

Lebensmittel, die du lieber isst:	Jeden Geschmack, den du magst:	Trinkst du viel Wasser? * Wie viele Liter pro Tag?
<input type="radio"/> Kaffee <input type="radio"/> Brotlaib <input type="radio"/> Gemüse <input type="radio"/> Fleisch <input type="radio"/> Getreide <input type="radio"/> Alkohol <input type="radio"/> Teig <input type="radio"/> Frucht <input type="radio"/> Meeresfrüchte <input type="radio"/> Zuckerbio <input type="radio"/> Schokolade <input type="radio"/> Pizzas <input type="radio"/> Pulse <input type="radio"/> Molkereien <input type="radio"/> Bio	<input type="radio"/> Würzig <input type="radio"/> Bitter <input type="radio"/> Salzig <input type="radio"/> Dessert <input type="radio"/> Rau <input type="radio"/> Fade	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> manchmal
(noch mehr Antworten)	(noch mehr Antworten)	Wer füllt das Formular 62?*
		<input type="radio"/> Daphne Point <input type="radio"/> Kunde <input type="radio"/> andere person

Sind Sie:	Bitte geben Sie an, warum Sie BioMetaTests anfordern: *
<input type="radio"/> allesfressend <input type="radio"/> frutarier <input type="radio"/> vegetarier <input type="radio"/> rücksichtslos <input type="radio"/> veganer <input type="radio"/> andere _____	_____

Haben Sie bereits einen Daphne BioMetaTest™ Test durchgeführt analysis? <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Bitte füllen Sie die Felder nur aus, wenn die erste Frage positiv beantwortet wird.	Nachdem du das Protokoll befolgt hast, hast du dich selbst gehört: <input type="radio"/> besser <input type="radio"/> schlechter <input type="radio"/> als vorher
Welche BioMetaTests haben Sie bereits mit DAPHNE LAB durchgeführt?	Bitte geben Sie die Barcode-Nummer des bereits durchgeführten Tests ein	Auf welcher Etage: <input type="radio"/> physisch <input type="radio"/> psychisch <input type="radio"/> beides
_____	_____	_____

FORMULAR FÜR DIE ANFRAGE AUF BIOMETATEST® ANALYSE DAPHNE METHODE FORM.62 - Vers. 2.0d vom 11/11/2019®

Formular im Besitz von Unizenic Limited. Daphne Lab, BioMetaTest, Daphne Point, sind Marken, die zur Nutzung an lokale Unternehmen vergeben werden.

Aktuelle Störungen und Pathologien* Bei diagnostizierten Krankheiten fügen Sie eine Kopie jeder Analyse oder Diagnose bei. Keine Störung

<input type="radio"/> Säuregehalt	<input type="radio"/> Nierensteinbildung	<input type="radio"/> Verhaltensstörungen	<input type="radio"/> Gastritis / Magengeschwür	<input type="radio"/> Fettleibigkeit
<input type="radio"/> Akne	<input type="radio"/> Krebs	<input type="radio"/> Darmerkrankungen	<input type="radio"/> Gicht	<input type="radio"/> Osteoporose
<input type="radio"/> Ermüdung	<input type="radio"/> Candidiasis	<input type="radio"/> Lungenerkrankungen	<input type="radio"/> Wiederkehrende Infektionen	<input type="radio"/> Pankreatitis
<input type="radio"/> Aphthen	<input type="radio"/> Zöliakie	<input type="radio"/> Divertikulitis/osi	<input type="radio"/> Innappetenz	<input type="radio"/> Parodontose
<input type="radio"/> Halitosis	<input type="radio"/> Eierstockzyste	<input type="radio"/> Bauchschmerzen	<input type="radio"/> Laktoseintoleranz	<input type="radio"/> Prostatitis
<input type="radio"/> Allergien	<input type="radio"/> Hoher Cholesterinspiegel	<input type="radio"/> Ödem	<input type="radio"/> Hyperglykämie	<input type="radio"/> Kontinuierlicher Juckreiz
<input type="radio"/> Alopezie	<input type="radio"/> Kolitis	<input type="radio"/> Migräne	<input type="radio"/> Hyperthyreose	<input type="radio"/> Psoriasis
<input type="radio"/> Anämie	<input type="radio"/> Depressionen	<input type="radio"/> Hämorrhoiden	<input type="radio"/> Hypoglykämie	<input type="radio"/> Rheuma
<input type="radio"/> Angstzustände	<input type="radio"/> Dermatitis	<input type="radio"/> Epilepsie	<input type="radio"/> Hypothyreose	<input type="radio"/> Multiple Sklerose
<input type="radio"/> Atherosklerose	<input type="radio"/> Diabetes: Typ _____	<input type="radio"/> Iatalthernie	<input type="radio"/> Kopfschmerzen	<input type="radio"/> Thalassämie
<input type="radio"/> Osteoarthritis	<input type="radio"/> Durchfallerkrankungen	<input type="radio"/> Fibromyalgie	<input type="radio"/> Meteorismus	<input type="radio"/> Hohe Triglyceride
<input type="radio"/> Autismus	<input type="radio"/> Dysmenorrhöe	<input type="radio"/> Phlebitis	<input type="radio"/> Myasthenia gravis	<input type="radio"/> Gewürze
<input type="radio"/> Berechnung der Gallenwege	<input type="radio"/> Herzkrankheiten	<input type="radio"/> Zerbrechlichkeit der Kapillare	<input type="radio"/> Neuralgie	<input type="radio"/> Schwindelgefühl

Bist du dir da sicher? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> manchmal	Hast du Angst/phobisch? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> manchmal	Fühlst du dich mehr am <input type="radio"/> vormittag <input type="radio"/> nachmittag <input type="radio"/> abend	Weinst du oft? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> manchmal	Du fühlst mehr <input type="radio"/> extrovertiert <input type="radio"/> introvertiert
Fühlst du dich glücklich? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> manchmal	Kürzlich Todesfälle? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Bist du oft sauer? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> manchmal	Fühlst du dich schuldig? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> manchmal	Du fühlst mehr <input type="radio"/> optimistisch <input type="radio"/> pessimistisch
Leben Sie im Stress? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> manchmal	Hast du oft Alpträume? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> manchmal	Lässt du deine Wut auf sie los? <input type="radio"/> rein <input type="radio"/> raus <input type="radio"/> ich weiß nicht	Fühlst du dich mehr <input type="radio"/> individualistisch <input type="radio"/> altruistisch	Wie entschlossen bist du? (von 1 bis 10)

Notizen



Versand des Formulars
 Erster Versand
 Zweite Sendung

Probentyp gesendet

Nachname *	Name *		<p>Laden Sie die neueste Version des Moduls 62 herunter!</p> 
------------	--------	---	---

Geben Sie den gewünschten BioMetaTest™ DAPHNE ein, wenn keine Wahl getroffen wird, wird das Thema 01 bearbeitet *
Bitte besuchen Sie die Website www.daphnelab.com/en/the-biometatests/ um die für jeden Test verfügbaren Sprachen anzuzeigen.

thema **01** **BioFood Unverträglichkeiten** - Bioenergetische An. + Ernährung und ganzheitliche natürliche Behandlung

thema **01 Junior** **BioFood Intoleranzen für Kinder** - Bioenergieanalyse + Nachwuchsartikel

thema **02** **Mineralogramm** - Bioenergetische Analyse von toxischen Metallen, Spurenelementen + Drainage

thema **03 fitness** **VMA™ fitness** - Bioenergetische Analyse von Vitaminen, Mineralien, Aminosäuren + Sportprotokoll

thema **03 m&s** **VMA™ manager & student** - Bioenergetische Analyse von Vitaminen, Mineralien, Aminosäuren

thema **04** **Viren, Bakterien und Parasiten** - Bioenergetische Analyse von toxischen Böden

thema **05** **Organe** - Bioenergetische Analyse + holographische Tabellen zum Vergleich von Organen

thema **06** **Darmdysbiose** - Bioenergetische Analyse + Rebalancing Protokoll

thema **07** **Kalziumstoffwechsel** - Bioenergetische Analyse + Zusatzprotokoll

thema **08** **AntiAge** - Bioenergetische Analyse von Oxidation, Metaboliten und freien Radikalen, Anti-Aging der Haut

thema **09** **Feng-Shui Bio-Architektur und Toxizität** - Bioenergetische Analyse

thema **10** **Bachblüten und Aromatherapie** - Bioenergetische Analyse + Bachbehandlung

thema **11** **Eisenstoffwechsel** - Bioenergetische Analyse + Integrative Behandlung

thema **12** **Herz- und Fettstoffwechsel** - Bioenergetische Analyse

thema **Esthetic** **AntiAge und Lebensmittel BioIntoleranzen** - Bioenergetische Analyse

thema **Exclusive** **BioFood Unverträglichkeiten - Mineralogramm- Darmdysbiose** - Bioenergetische An.

thema **Exclusive Junior** **BioFood Unverträglichkeiten - Mineralogramm- Darmdysbiose für Kinder** - Bio. An.

panels **S** **1** Zusatzstoffe **2** Dental1 **3** Dental2 **4** Gedächtnis **5** Kalifornische Blumen **6** Augenbelastung **7** Gemmoderationen **8** Homöopathie **9** Schüsslersalze **10** Wasser **11** Leber **12** Caligo

sonstiges _____

Die Regelung der von Daphne Lab erbrachten Dienstleistungen und/oder Produkte ist in den "rechtlichen Hinweisen", in den "Allgemeinen Lieferbedingungen für das Produkt/Dienstleistung (NL)" sowie in allen Anlagen und Dokumenten im Zusammenhang mit NL enthalten, die auf der Website www.daphnelab.com im Rechtsteil verfügbar sind. Der unterzeichnende Kunde erklärt, über die Methoden von BioMetaTest, die verwendeten Protokolle ausreichend informiert worden zu sein, die Vertragsbedingungen NL bezüglich der Erbringung der in der obigen Dokumentation enthaltenen Dienstleistung und die Lizenz von BioMetaTest gelesen, vollständig verstanden und vorbehaltlos akzeptiert zu haben, und unterzeichnet diesen Antrag auf Einsicht und Erhalt der zugehörigen Dokumente, die er ohne Vorbehalt jeglicher Art akzeptiert.

Lesbare Unterschrift des Kunden oder Erziehungsberechtigten *

SIGNATUR

Ort und Datum*

Der unterzeichnende Kunde erklärt auch, die Bestimmungen der Allgemeinen Lieferbedingungen für das auf www.daphnelab.com präsentierte Produkt / die Dienstleistung (NL) in den unten angegebenen "rechtlichen Hinweisen" ausdrücklich zu akzeptieren: Artikel. 1 - 2 - 2a - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 26a - 26b - 27 - 28 und alle Anlagen, die Datenschutzerklärung (PP) und die Lizenz zur uneingeschränkten Nutzung von BioMetaTest, insbesondere die hervorgehobenen Artikel. Sowie das Forum und die zuständigen Rechtsvorschriften außerhalb der Europäischen Gemeinschaft. Akzeptiert auch dieses Formular 62 und alle damit verbundenen Anweisungen und Warnungen.

Lesbare Unterschrift des Kunden oder Erziehungsberechtigten *

SIGNATUR

Ort und Datum*

Der unterzeichnende Kunde erklärt, die ebenfalls auf der Website www.daphnelab.com enthaltene Datenschutzerklärung (PP) zum Zwecke der Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten, sensibel, biometrisch, genetisch, gesundheitlich usw. uneingeschränkt gelesen und akzeptiert zu haben und stimmt der Verarbeitung und Speicherung von Daten gemäß PP uneingeschränkt zu, wobei er auch die Übermittlung, Speicherung und Verarbeitung an verbundene Unternehmen außerhalb der Europäischen Gemeinschaft für alle in PP angegebenen Zwecke auch für Daten von Minderjährigen genehmigt. Es wird anerkannt, dass der Gerichtshof und die Zuständigkeit außerhalb der Europäischen Gemeinschaft liegen.

Lesbare Unterschrift des Kunden oder Erziehungsberechtigten *

SIGNATUR

Ort und Datum*

Der Antragsteller kann das Widerrufsrecht innerhalb von 10 Werktagen nach Vertragsunterzeichnung ausüben, indem er UNIZENIC LIMITED - Elscot House (2nd Floor), Arcadia Avenue, Finchley, N3 2JU, London, Großbritannien, per Einschreiben mitteilt. Ich bin mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Marketingzwecke einverstanden. ja nein