

Web & email

www.daphnelab.com - info@daphnelab.com

Recapiti telefonici

Tel. 02.37920609 - 06.87811887

Fax 02.45509949

Richiesta da inviare a:

DAAPHNE LAB c/o Eldavia

Via Milano, 2 - 81030 Lusciano CE



Timbro del DAPHNE POINT o Barcode



Spazio riservato DAPHNE

ISTRUZIONI: seguire le indicazioni presenti sulla scheda relativa alle modalità di prelievo del campione mediante l'utilizzo del tampone orale. Compilare la presente scheda con tutti i dati richiesti, in stampatello ed in modo leggibile. Spedire il modulo CL01, due tamponi orali, consenso informato per l'esecuzione di test genetici e copia di pagamento all'indirizzo indicato. Contattare DAPHNE LAB per eventuali informazioni e/o comunicazioni. Firmare leggibile e datare le richieste. Ogni elaborato deve essere sempre sottoposto al controllo del proprio medico di fiducia.

Cognome *

Nome *

Anni *

Indirizzo *



Cap *

Città *

Provincia *

Telefono di rete fissa



Cellulare *



P. Iva o Codice Fiscale *

Professione

Luogo e data di nascita *

GIORNO MESE ANNO

E-mail



Sesso* M F

Medico richiedente

Data prelievo *

Data invio *

Data arrivo (compila il laboratorio)

Materiale inviato

Tampone orale a secco

Conservare il tampone in frigo fino alla spedizione.

Analisi richiesta *

Intolleranza genetica al lattosio

Predisposizione alla malattia celiaca

Intolleranza genetica al lattosio e predisposizione alla malattia celiaca

Test nutrigenetico ELGENETIX

altro: _____

Note



Il cliente accetta tutte le condizioni espresse presenti in note legali sul sito web www.daphnelab.com e tutte le condizioni di privacy policy presenti nell'informativa privacy sul sito web www.daphnelab.com

Luogo e data *

Firma leggibile del cliente *

I moduli non firmati né datati non saranno elaborati.