

Web & email

www.daphnelab.com - info@daphnelab.com

Recapiti telefonici

Tel. 02.37920609 - 06.87811887

Fax 02.45509949 - 06.99334733

Richiesta da inviare a:

DAPHNE LAB c/o Eldavia

Via Milano, 2 - 81030 Lusciano CE



ISTRUZIONI: seguire le indicazioni presenti sulla scheda relativa alle modalità di prelievo del campione mediante l'utilizzo del tampone salivare. Compilare, in stampatello ed in modo leggibile, la presente scheda con tutti i dati richiesti. Spedire la scheda con il tampone salivare, autorizzazione al trattamento dati e la copia di pagamento all'indirizzo indicato. Contattare la DAPHNE LAB per eventuali, ulteriori, informazioni. 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.

*Dati obbligatori