


Site Web et courriel

www.daphnelab.com - info@daphnelab.com


Numéros de téléphone


Tél. +39.02.37920609 - +39.06.87811887

Fax +39.02.45509949





Cachet du DAPHNE POINT ou Barcode





Espace réservé à DAPHNE LAB





FR

AVERTISSEMENTS: Remplissez toutes les informations demandées dans ce formulaire (form. 62). Veuillez contacter DAPHNE LAB pour les instructions de paiement. Envoyer le formulaire avec l'échantillon à analyser et la copie du relevé de paiement à l'adresse indiquée. Signez lisiblement et datez les demandes. Les données doivent être écrites en majuscules et être lisibles. Le client accepte tous les aspects juridiques du BioMetaTest tels que décrits dans les "Mentions légales" et la Politique de confidentialité qui peuvent être consultés sur le site Web ou au Daphne Point. Les BioMetaTests ne sont pas des tests diagnostiques, cliniques, médicaux, prescriptifs, de santé ou génétiques et n'entraînent aucune intolérance clinique au lactose ou au gluten, ni aucune allergie. Les BioMetaTests ne doivent PAS être effectués sur des femmes enceintes. Toute demande de BioMetaTest doit toujours être avisée par votre médecin, les documents doivent toujours être soumis au contrôle de votre médecin et approuvés avant de suivre tout programme suggéré. Le BioMetaTest est valide pendant 90 jours. Voir des exemples de tous les BioMetaTests et les instructions pour remplir le formulaire 62 sur le site web www.daphnelab.com


Nom de famille *	Prénom *	Âge *	Adresse *
------------------	----------	-------	-----------


Code Postal *	Ville *	Province / État *	Téléphone fixe *
---------------	---------	-------------------	------------------


Téléphone portable *	Profession	Code TVA ou code des impôts *
----------------------	------------	-------------------------------


Courriel *	Lieu et date de naissance *			
	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">JOUR</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">MOIS</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">ANNÉE</td> </tr> </table>	JOUR	MOIS	ANNÉE
JOUR	MOIS	ANNÉE		


Dans quelle condition physique vous reconnaissez-vous ?



A



B



C



D



E


F


G


H


I


L

Lequel voulez-vous viser ?

Poids actuel (kg) *	Taille précise (cm) *	Tour de poignet (cm)	Circonférence abdominale (cm)	Sexe *  
---------------------	-----------------------	----------------------	-------------------------------	--

Vos cheveux ont-ils subi une décoloration, une teinture ou un autre traitement ? * (Précisez) <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Tension artérielle <input type="radio"/> Normal <input type="checkbox"/> Hypotension <input type="checkbox"/> Hypertension
--	---

Prenez-vous des médicaments et/ou des drogues ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	(Veuillez préciser. Entrer plus d'informations ici ou dans les notes)	Êtes-vous enceinte ? * <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Êtes-vous ménopausée ou andropause ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
--	---	---	---

Avez-vous des allergies ? * (De quelles allergies souffrez-vous ?) <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="text" value="Je ne sais pas"/>	Avez-vous une bonne relation avec votre corps ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Parfois
---	--

Pratiquez-vous du sport ? (Quels et combien de fois par semaine) <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Groupe sanguin <input type="radio"/> A <input type="radio"/> AB <input type="radio"/> RH+ <input type="radio"/> B <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> RH-	Insomnie ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Parfois	Constipation ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Parfois
---	---	---	---

Avez-vous : * (Indiquez également la quantité) <input type="radio"/> amalgames _____ <input type="radio"/> plomberie dentaire _____ <input type="radio"/> obturations _____ <input type="radio"/> autre? _____	Avez-vous des tatouages permanents ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? _____	Faim nerveuse ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Parfois
--	---	---	--

Les aliments que vous préférez : <input type="radio"/> café <input type="radio"/> pain <input type="radio"/> potagers <input type="radio"/> viande <input type="radio"/> céréales <input type="radio"/> alcool <input type="radio"/> pâte <input type="radio"/> fruit <input type="radio"/> poisson <input type="radio"/> sucres <input type="radio"/> chocolat <input type="radio"/> pizzas <input type="radio"/> légumes <input type="radio"/> laiteries <input type="radio"/> bio (plus de réponses)	Les goûts que vous préférez : <input type="radio"/> épicé <input type="radio"/> amer <input type="radio"/> salé <input type="radio"/> sucré <input type="radio"/> aigre <input type="radio"/> insipide (plus de réponses)	Buvez-vous beaucoup d'eau ? * <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> parfois Combien de litres par jour ? _____ Qui remplit le formulaire 62 ? * <input type="radio"/> Daphne Point <input type="radio"/> client <input type="radio"/> autre personne
---	---	--

Êtes-vous : <input type="radio"/> omnivore <input type="radio"/> frutarien <input type="radio"/> végétarien <input type="radio"/> crudivore <input type="radio"/> végétal <input type="radio"/> autre _____	Veuillez indiquer pourquoi vous demandez des BioMetaTests : * _____ _____
--	---

Avez-vous déjà fait un thema d'analyse Daphne BioMetaTest™ ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Veuillez ne remplir les cases que si vous avez répondu par l'affirmative à la première question.		
Quels BioMetaTests avez-vous déjà effectués avec DAPHNE LAB ?	Veuillez entrer le numéro du <u>code-barres</u> du test que vous avez déjà effectué.	Veuillez indiquer la date à laquelle vous avez effectué le BioMetaTest pour la dernière fois.	Après avoir suivi le protocole, vous-êtes-vous sentie : <input type="radio"/> mieux <input type="radio"/> pire <input type="radio"/> comme avant A quel niveau : <input type="radio"/> physique <input type="radio"/> psychologique <input type="radio"/> les deux

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ANALYSE BIOMETATEST® MÉTHODE DAPHNE FORM.62 - Vers. 2.1a du 22/11/2021®

Formulaire appartenant à Unizenic Limited. Daphne Lab, BioMetaTest, Daphne Point, sont des marques de commerce accordées aux entreprises locales.

Troubles et pathologies actuels * Pour les maladies diagnostiquées, joindre une copie de toute analyse ou diagnostic Aucune perturbation

<input type="radio"/> Acidité	<input type="radio"/> Calculs rénaux	<input type="radio"/> Troubles du comportement	<input type="radio"/> Gastrite/Ulcère gastrique	<input type="radio"/> Obésité
<input type="radio"/> Acné	<input type="radio"/> Cancer	<input type="radio"/> Troubles intestinaux	<input type="radio"/> Goutte	<input type="radio"/> Ostéoporose
<input type="radio"/> Fatigue	<input type="radio"/> Candidose	<input type="radio"/> Troubles pulmonaires	<input type="radio"/> Infections récurrentes	<input type="radio"/> Pancréatite
<input type="radio"/> Ulcères	<input type="radio"/> Maladie coéliqua	<input type="radio"/> Diverticulite	<input type="radio"/> Manque d'appétit	<input type="radio"/> Parodontite
<input type="radio"/> Halitose	<input type="radio"/> Kyste ovarien	<input type="radio"/> Douleurs abdominales	<input type="radio"/> Intolérance au lactose	<input type="radio"/> Prostatite
<input type="radio"/> Allergies	<input type="radio"/> Taux de cholestérol élevé	<input type="radio"/> Cédème	<input type="radio"/> Hyperglycémie	<input type="radio"/> Démangeaisons continues
<input type="radio"/> Alopécie	<input type="radio"/> Colite	<input type="radio"/> Migraine	<input type="radio"/> Hyperthyroïdie	<input type="radio"/> Psoriasis
<input type="radio"/> Anémie	<input type="radio"/> Dépression	<input type="radio"/> Hémorroïdes	<input type="radio"/> Hypoglycémie	<input type="radio"/> Rhumatismes
<input type="radio"/> Anxiété	<input type="radio"/> Dermate	<input type="radio"/> Épilepsie	<input type="radio"/> Hypothyroïdie	<input type="radio"/> Sclérose en plaques
<input type="radio"/> Athérosclérose	<input type="radio"/> Diabète : type _____	<input type="radio"/> hernie hiatale	<input type="radio"/> Maux de tête	<input type="radio"/> Thalassémie
<input type="radio"/> Arthrose	<input type="radio"/> Diarrhée	<input type="radio"/> Fibrome	<input type="radio"/> Météorisme	<input type="radio"/> Triglycérides élevés
<input type="radio"/> Autisme	<input type="radio"/> Dysménorrhée	<input type="radio"/> Phlébite	<input type="radio"/> Myasthénie grave	<input type="radio"/> Varices
<input type="radio"/> Calcul biliaire	<input type="radio"/> Troubles cardiaques	<input type="radio"/> Fragilité capillaire	<input type="radio"/> Névralgie	<input type="radio"/> Étourdissements

Êtes-vous un sujet sûr? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> parfois	Peurs / phobies? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> parfois	Vous êtes plus fatigué de <input type="radio"/> matin <input type="radio"/> après-midi <input type="radio"/> soir	Pleurez-vous souvent? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> parfois	Vous vous sentez plus <input type="radio"/> extroverti <input type="radio"/> introverti
Êtes-vous heureux? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> parfois	Deuil récent? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui	Vous vous fâchez souvent? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> parfois	Vous sentez-vous coupable? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> parfois	Vous vous sentez plus <input type="radio"/> optimiste <input type="radio"/> pessimiste
Êtes-vous stressé? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> parfois	Cauchemars fréquents? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> parfois	Vous libérez votre colère <input type="radio"/> dedans <input type="radio"/> dehors <input type="radio"/> je ne sais pas	Vous vous sentez plus <input type="radio"/> individualiste <input type="radio"/> altruiste	Êtes-vous déterminé? (de 1 à 10) _____

Remarques

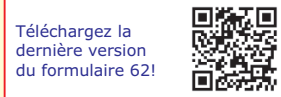


Expédition du formulaire
 Premier envoi
 Deuxième expédition

Type d'échantillon envoyé

Nom de famille * _____

Prénom * _____



Veillez indiquer le BioMetaTest™ DAPHNE requis*, au cas où vous ne feriez pas un choix, nous traiterons le Thema 01:
 Veuillez consulter le site www.daphnelab.com/en/the-biometatests/ pour connaître les langues disponibles pour chaque test.

GROUPE A <input type="radio"/> thema 01 Intolérances nutritionnelles® <input type="radio"/> thema 01 junior Intolérances nutritionnelles® (enfants) <input type="radio"/> thema 02 Minéralogramme <input type="radio"/> thema 03 fitness VMA™ fitness <input type="radio"/> thema 03 m&s VMA™ manager & étudiant <input type="radio"/> thema 04 Virus et bactéries <input type="radio"/> thema 05 Bioénergétique des Organes <input type="radio"/> thema 06 Dysbiose intestinale <input type="radio"/> thema 07 Métabolisme du Calcium <input type="radio"/> thema 08 Anti-âge et bien-être <input type="radio"/> thema 09 Géopathie Feng-Shui <input type="radio"/> thema 10 Flours de Bach <input type="radio"/> thema 11 Métabolisme du Fer <input type="radio"/> thema 12 Bien-être du Cœur <input type="radio"/> thema 14 Système immunitaire <input type="radio"/> thema 15 Vegan <input type="radio"/> thema 16 Bioénergétique de la Thyroïde <input type="radio"/> autre _____	GROUPE Pro <input type="radio"/> thema H Esthetic <input type="radio"/> thema X Exclusive <input type="radio"/> thema X junior Exclusive Junior GROUPE S <input type="radio"/> panel S1 Additifs alimentaires <input type="radio"/> panel S2 Dental 01 <input type="radio"/> panel S3 Dental 02 <input type="radio"/> panel S4 Mémoire <input type="radio"/> panel S5 Flours de Californie <input type="radio"/> panel S6 Stress oculaire <input type="radio"/> panel S7 Gemmo-dérivés <input type="radio"/> panel S8 Homéopathie <input type="radio"/> panel S9 Sels de Schüssler et oligo-éléments <input type="radio"/> panel S10 Intolérances à l'eau <input type="radio"/> panel S11 Foie <input type="radio"/> panel S12 Fumées toxiques
--	---

La réglementation des services et/ou produits fournis par Daphne Lab est contenue dans les "mentions légales", dans les "conditions générales de fourniture du produit/service", ainsi que dans toutes les pièces jointes et documents relatifs aux NL et disponibles sur le site www.daphnelab.com section juridique. Le client soussigné déclare avoir été suffisamment informé des méthodes de BioMetaTest, des protocoles utilisés, avoir lu, compris et accepté sans réserve les conditions contractuelles des NL relatives à l'exécution du service contenues dans la documentation ci-dessus et la licence de BioMetaTest, signé cette demande pour vision et reçu les documents relatifs, et qu'il accepte sans réserves de quelque sorte.

Signature lisible par le client ou le tuteur*

SIGNATURE

 Lieu et date * _____

Le client soussigné déclare également approuver expressément les dispositions des conditions générales de fourniture du produit / service présentes sur www.daphnelab.com dans les "mentions légales" (NL) indiquées ci-dessous : Articles 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 et toutes les annexes, la Politique de confidentialité (PP) et la licence pour utiliser le BioMetaTest sans réserves aucune, notamment sur les articles soulignés. Ainsi que le Forum et la législation compétente en dehors de la Communauté européenne. Accepte également ce formulaire 62 et toutes les instructions et mises en garde connexes du formulaire 62.

Signature lisible par le client ou le tuteur*

SIGNATURE

 Lieu et date * _____

Le client soussigné déclare avoir lu et accepté sans réserve la Politique de confidentialité (PP) également présente sur le site www.daphnelab.com aux fins du traitement de leurs données personnelles, sensibles, biométriques, génétiques, de santé, etc. et donne son consentement complet et sans réserve au traitement et au stockage des données selon la PP qui autorise aussi leur transmission, stockage et traitement aux sociétés associées hors Communauté européenne, pour toutes fins indiquées dans la PP également pour des données des mineurs. Il est admis que la Cour et la juridiction se trouvent en dehors de la Communauté européenne.

Signature lisible par le client ou le tuteur*

SIGNATURE

 Lieu et date * _____

Le demandeur peut exercer son droit de rétractation dans les 10 jours ouvrables suivant la signature du contrat en le notifiant à UNIZENIC LIMITED - Elscot House (2nd Floor), Arcadia Avenue, Finchley, N3 2JU, Londres, Royaume-Uni, par lettre recommandée. J'autorise le traitement de mes données personnelles à des fins de marketing. OUI NON