

Web & email

www.daphnelab.com - info@daphnelab.com

Números telefónicos

Tel. +39.02.37920609 - +39.06.87811887

Fax +39.02.45509949



Sello del DAPHNE POINT o código de barras



Espacio reservado DAPHNE LAB

ES

ADVERTENCIAS: Complete todos los datos requeridos en este formulario 62. Póngase en contacto con DAPHNE LAB para obtener instrucciones de pago. Envíe el formulario con la muestra a analizar y el recibo de pago a la dirección indicada. Feche y firme la solicitud en manera legible. Los datos deben estar escritos en letras de molde y ser legibles. El cliente acepta todos los aspectos legales de los BioMetaTest descritos en el «Aviso legal» y la Política de privacidad que se pueden ver en el sitio web o en cada Daphne Point. Los BioMetaTest no son pruebas de diagnóstico, ni clínicas, ni médicas, ni prescriptivas, ni sanitarias ni genéticas, no determinan intolerancias clínicas a la lactosa, ni al gluten ni alergias de ningún tipo. Los BioMetaTests NO deben realizarse en mujeres embarazadas. Cada solicitud de BioMetaTest siempre debe ser recomendada por su médico, los resultados de la prueba siempre deben ser revisados y aprobados por su propio médico antes de seguir cualquier programa sugerido. La validez de BioMetaTest es de 90 días. Vea ejemplos de todas las pruebas BioMeta e instrucciones para completar el formulario 62 en el sitio web www.daphnelab.com

Apellido *	Nombre *	Edad *	Dirección *
------------	----------	--------	-------------

Código postal *	Ciudad *	Provincia / Estado *	Teléfono fijo *
-----------------	----------	----------------------	-----------------

Teléfono móvil *	Profesión	NIF o CIF *
------------------	-----------	-------------

Email *	Lugar y fecha de nacimiento *	DÍA	MES	AÑO
---------	-------------------------------	-----	-----	-----

¿En qué estructura física se reconoce?

¿Qué estructura le gustaría?

Peso actual (kg) *	Altura precisa (cm) *	Circunferencia de la muñeca (cm)	Circunferencia abdominal (cm)	Sexo*
--------------------	-----------------------	----------------------------------	-------------------------------	-------

¿El cabello ha sido tratado con tintes, permanentes, otro tratamiento? * (Especificar)	Presión arterial
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Hipotensión <input type="radio"/> Hipertensión

¿Toma medicamentos y / o drogas? (Especifique, ingrese más información aquí o en las notas)	¿Está embarazada?*	¿Está en la menopausia o la andropausia?
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO

¿Sufre de alergias? * (¿De qué alergias sufre?)	¿Tiene una buena relación con tu cuerpo?
<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No lo sé	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> A veces

¿Practica deportes? (Cual y cuantas veces a la semana)	Grupo sanguíneo	¿Sufre de insomnio?	¿Sufre de estreñimiento?
<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> AB <input type="radio"/> RH+ <input type="radio"/> B <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> RH-	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> A veces

Usted tiene: * (También indique la cantidad) <input type="radio"/> amalgamas dent. _____ <input type="radio"/> selladores dent. _____ <input type="radio"/> rellenos dent. _____ <input type="radio"/> otro? _____	¿Tiene tatuajes permanentes? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	¿Cuántos cigarrillos fuma por día? _____	¿Sufre de hambre nerviosa? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> A veces
--	--	--	--

Alimentos que prefiere:	Sabores que prefiere:	¿Bebe mucha agua? * ¿Cuántos litros al día?
<input type="radio"/> café <input type="radio"/> pan <input type="radio"/> vegetal <input type="radio"/> carne <input type="radio"/> cereales <input type="radio"/> picante <input type="radio"/> amargo	<input type="radio"/> alcohol <input type="radio"/> pasta <input type="radio"/> fruta <input type="radio"/> pescado <input type="radio"/> azúcar <input type="radio"/> salado <input type="radio"/> dulce	<input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/> a veces
<input type="radio"/> chocolate <input type="radio"/> pizza <input type="radio"/> legumbres <input type="radio"/> productos lácteos <input type="radio"/> bio	<input type="radio"/> agrio <input type="radio"/> insipido	¿Quién rellena el formulario 62? *
(aún más respuestas)	(aún más respuestas)	<input type="radio"/> Daphne Point <input type="radio"/> cliente <input type="radio"/> tercero

¿Usted es:	Indique el motivo por el que solicita el BioMetaTest: *
<input type="radio"/> omnívoro <input type="radio"/> frugívoro <input type="radio"/> vegetariano <input type="radio"/> crudívoro <input type="radio"/> vegano <input type="radio"/> otro _____	_____

¿Ya ha hecho un BioMetaTest™ Daphne? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	Complete los cuadros solo si la primera pregunta es respondida afirmativamente		
¿Qué BioMetaTest ya ha hecho con DAPHNE LAB?	Informe el código de barras numérico en la prueba que ya ha realizado	Indique la fecha en que realizó el último examen BioMetaTest	Después de seguir el protocolo, se sintió: <input type="radio"/> mejor <input type="radio"/> peor <input type="radio"/> como antes
_____	_____	_____	En qué aspecto: <input type="radio"/> físico <input type="radio"/> psicológico <input type="radio"/> ambos

FORMULARIO DE SOLICITUD DE BIOMETATEST® ANALISIS, MÉTODO DAPHNE MOD.62 - Vers. 2.1a del 22/11/2021®

Formulario propiedad de Unizenit Limited. Daphne Lab, BioMetaTest, Daphne Point, son marcas comerciales otorgadas en uso para empresas locales.

Trastornos y enfermedades actuales * Para las enfermedades diagnosticadas adjunte una copia de análisis o diagnóstico. Sin disturbios

<input type="radio"/> Acidez	<input type="radio"/> Cálculos renales	<input type="radio"/> Trastornos del comportamiento	<input type="radio"/> Gastritis / úlcera gástrica	<input type="radio"/> Obesidad
<input type="radio"/> Acné	<input type="radio"/> Cáncer	<input type="radio"/> Trastornos intestinales	<input type="radio"/> Gota	<input type="radio"/> Osteoporosis
<input type="radio"/> Fatiga	<input type="radio"/> Candidiasis	<input type="radio"/> Trastornos pulmonares	<input type="radio"/> Infecciones recurrentes	<input type="radio"/> Pancreatitis
<input type="radio"/> Aftas	<input type="radio"/> Enfermedad celíaca	<input type="radio"/> Diverticulitis / diverticulosis	<input type="radio"/> Falta de apetito	<input type="radio"/> Periodontitis
<input type="radio"/> Halitosis	<input type="radio"/> Quistes ováricos	<input type="radio"/> Dolor abdominal	<input type="radio"/> Intolerancia a la lactosa	<input type="radio"/> Prostatitis
<input type="radio"/> Alergias	<input type="radio"/> Colesterol alto	<input type="radio"/> Edema	<input type="radio"/> La hiperglucemia	<input type="radio"/> Picores continuos
<input type="radio"/> Alopecia	<input type="radio"/> Colitis	<input type="radio"/> Migraña	<input type="radio"/> Hipertiroidismo	<input type="radio"/> Psoriasis
<input type="radio"/> Anemia	<input type="radio"/> Depresión	<input type="radio"/> Hemorroides	<input type="radio"/> La hipoglucemia	<input type="radio"/> Reumatismo
<input type="radio"/> Ansiedad	<input type="radio"/> Dermatitis	<input type="radio"/> Epilepsia	<input type="radio"/> El hipotiroidismo	<input type="radio"/> Esclerosis múltiple
<input type="radio"/> Aterosclerosis	<input type="radio"/> Diabetes: tipo _____	<input type="radio"/> Hernia hiatal	<input type="radio"/> Dolor de cabeza	<input type="radio"/> Talasemia
<input type="radio"/> Osteoartrosis/itis	<input type="radio"/> Diarrea	<input type="radio"/> Fibroma	<input type="radio"/> Flatulencia	<input type="radio"/> Triglicéridos altos
<input type="radio"/> Autismo	<input type="radio"/> Dismenorrea	<input type="radio"/> Flebitis	<input type="radio"/> Miastenia gravis	<input type="radio"/> Varices
<input type="radio"/> Cálculos biliares	<input type="radio"/> Trastornos cardíacos	<input type="radio"/> Fragilidad capilar	<input type="radio"/> Neuralgia	<input type="radio"/> Mareo

¿Ere una persona segura? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> a veces	¿Tiene miedos / fobias? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> a veces	Se siente mas cansado de <input type="radio"/> mañana <input type="radio"/> tarde <input type="radio"/> noche	¿Llora a menudo? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> a veces	Se siente mas <input type="radio"/> extrovertido <input type="radio"/> introvertido
¿Se siente feliz? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> a veces	¿Ha tenido alguna pérdida reciente? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí	¿Se enoja a menudo? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> a veces	¿Se siente culpable? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> a veces	Se siente mas <input type="radio"/> optimista <input type="radio"/> pesimista
¿Vive en el estrés? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> a veces	¿Tiene pesadillas a menudo? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> a veces	Usted desahoga su enojo <input type="radio"/> adentro <input type="radio"/> afuera <input type="radio"/> no se	Se siente mas <input type="radio"/> individualista <input type="radio"/> desinteresado	¿Cuánto está determinado? (de 1 a 10) _____

Notas

lab



Envío del formulario
 Primer envío
 Segunda sumisión

Tipo de muestra enviada

Apellido *	Nombre *	 	<p>Descargue la última versión del Formulario 62!</p> 
------------	----------	---	--

Indique el BioMetaTest™ DAPHNE solicitado*. Si no se realiza una elección, el Thema 01 se procesará.
 Visite el sitio web www.daphnelab.com/en/the-biometatests/ para ver los idiomas disponibles para cada prueba.

<p>BANDA A</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> thema 01 Intolerancias nutricionales® <input type="radio"/> thema 01 junior Intolerancias nutricionales® para niños <input type="radio"/> thema 02 Mineralograma <input type="radio"/> thema 03 fitness VMA™ fitness <input type="radio"/> thema 03 m&s VMA™ gerentes y estudiantes <input type="radio"/> thema 04 Virus & bacteria <input type="radio"/> thema 05 Bioenergética de los Órganos <input type="radio"/> thema 06 Disbiosis intestinal <input type="radio"/> thema 07 Metabolismo del Calcio <input type="radio"/> thema 08 AntiEdad y Bienestar <input type="radio"/> thema 09 Geopatías Feng-Shui <input type="radio"/> thema 10 Flores de Bach <input type="radio"/> thema 11 Metabolismo del Hierro <input type="radio"/> thema 12 Cardio Wellness <input type="radio"/> thema 14 Sistema inmunitario <input type="radio"/> thema 15 Vegan <input type="radio"/> thema 16 Bioenergética de la Tiroides <p><input type="radio"/> otro _____</p>	<p>BANDA Pro</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> thema H Esthetic <input type="radio"/> thema X Exclusive <input type="radio"/> thema X junior Exclusive Junior <p>BANDA S</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> panel S1 Aditivos Alimentarios <input type="radio"/> panel S2 Dental 01 <input type="radio"/> panel S3 Dental 02 <input type="radio"/> panel S4 Memoria <input type="radio"/> panel S5 Flores Californianas <input type="radio"/> panel S6 Estrés ocular <input type="radio"/> panel S7 Gemoderivados <input type="radio"/> panel S8 Homeopatia <input type="radio"/> panel S9 Sales de Schüssler <input type="radio"/> panel S10 Intolerancias a las Aguas <input type="radio"/> panel S11 Hígado <input type="radio"/> panel S12 Humos tóxicos
--	---

<p>La regulación de los servicios y / o productos proporcionados por Daphne Lab se encuentra en las "notas legales", y en las "condiciones generales de suministro del producto / servicio (NL)", así como en todos los anexos y documentos relacionados con NL y disponibles en la sección legal del sitio web www.daphnelab.com. El cliente abajo firmante declara que ha sido informado adecuadamente sobre los métodos de BioMetaTest, sobre los protocolos utilizados, que ha leído, comprendido y aceptado sin reservas las condiciones contractuales en el NL, relacionadas con el desempeño del servicio contenido en la documentación mencionada anteriormente y la licencia del BioMetaTest. El cliente también firma el presente formulario como acuse de recibo de los documentos relacionados, que se aceptan sin reserva de ningún tipo.</p> <p>El solicitante * (firma legible del cliente o tutor)</p> <div style="text-align: center; font-size: 2em; opacity: 0.5;">FIRMA</div> <p>Lugar y fecha *</p>	<p>El cliente abajo firmante también declara aprobar específicamente las disposiciones de las condiciones generales de suministro del producto / servicio (NL) presentes en las "notas legales" del sitio www.daphnelab.com que se indican a continuación: art. 1-2-2a-3-4-5-6-7-8-9-10-11-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-26a-26b-27-28 y todos los archivos adjuntos, la Política de privacidad (PP) y la licencia para utilizar BioMetaTest sin ninguna reserva, en particular, los artículos ya mencionados, así como el Tribunal y la legislación competentes fuera de la Comunidad Europea. También acepta este formulario 62 y todas las instrucciones y advertencias relacionadas del formulario 62.</p> <p>El solicitante * (firma legible del cliente o tutor)</p> <div style="text-align: center; font-size: 2em; opacity: 0.5;">FIRMA</div> <p>Lugar y fecha *</p>	<p>El cliente abajo firmante declara haber leído y aceptado sin reservas la política de privacidad (PP) que también se encuentra en el sitio web www.daphnelab.com con el fin de procesar datos personales, sensibles, biométricos, genéticos, de salud, etc. y proporciona un consentimiento total y completo para el procesamiento y almacenamiento de datos de acuerdo con el PP, que también autoriza la transmisión, el almacenamiento y el procesamiento a empresas relacionadas, incluso fuera de la Comunidad Europea, para todos los fines indicados en la PP, también para datos de menores. Se acepta que el Tribunal y la jurisdicción competentes están fuera de la Comunidad Europea.</p> <p>El solicitante * (firma legible del cliente o tutor)</p> <div style="text-align: center; font-size: 2em; opacity: 0.5;">FIRMA</div> <p>Lugar y fecha *</p>
---	---	--

El solicitante puede ejercer el derecho de desistimiento dentro de los 10 días hábiles siguientes a la firma del contrato, notificándolo a UNIZENIC LIMITED - Elscot House (2do piso), Arcadia Avenue, Finchley, N3 2JU, Londres, Reino Unido por correo certificado. Consentimiento al tratamiento de datos personales con fines de marketing. SÍ NO