

SOLICITUD DE ESTUDIO VALIDACIÓN/CLÍNICO

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

CENTRO: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

EMAIL: _____

Nº DE PRESUPUESTO: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA MUESTRA

1. TIPO DE MUESTRA

Suero Plasma Orina Otro

Especificar: _____

2. NÚMERO DE MUESTRAS: _____

ANÁLISIS DE VALIDACIÓN SOLICITADO

Proteína	Tipo de muestra	Volumen	Número de repeticiones

ANÁLISIS CLÍNICO SOLICITADO

Parámetro	Tipo de muestra	Volumen	Número de repeticiones

DIRECCIÓN DE ENVÍO:

DREAMGENICS, S.L.
C/ FINLANDIA, 2 1º
33010 – OVIEDO – ASTURIAS
SPAIN

Si lo necesita puede contactar con nosotros en el número de teléfono +34 985 088 180 en horario de 8:00 a 17:00 horas de Lunes a Jueves y de 8:00 a 15:00 horas los Viernes o a través del correo electrónico laboratorio@dreamgenics.com.

Con la firma de este impreso usted reconoce haber leído y aceptado las CONDICIONES DEL SERVICIO detalladas al final del mismo.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firmado

(Indicar Nombre y Apellidos del firmante)

IMPORTANTE: Debe enviar una copia cumplimentada de este impreso a la dirección de correo electrónico laboratorio@dreamgenics.com e incluir otra copia en papel junto a las muestras enviadas.

CONDICIONES DEL SERVICIO

Acerca de los datos personales: Las muestras enviadas NUNCA podrán incluir datos personales de pacientes. En todo momento deberán estar correctamente identificadas con números o códigos de identificación diferentes a cualquier dato personal. DREAMGENICS no se hace responsable de los datos personales que el CLIENTE pueda enviar junto a las muestras. En caso de darse esta situación, DREAMGENICS eliminará inmediatamente cualquier dato personal relativo a las muestras recibidas y, en caso necesario, les asignará a cada una de ellas un número o código de identificación por el que serán identificadas en adelante y que será comunicado al CLIENTE mediante correo electrónico.

Acerca de las muestras biológicas: DREAMGENICS se reserva el derecho a conservar las muestras recibidas o sus derivados durante el tiempo que considere oportuno en función de sus necesidades, el cual nunca podrá ser inferior a 15 días a contar desde la fecha de entrega de resultados al CLIENTE. Durante este plazo el CLIENTE podrá contactar con DREAMGENICS si requiriese la repetición de algún análisis, cuya viabilidad será debidamente estudiada por DREAMGENICS. Expirado el plazo de 15 días DREAMGENICS se reserva el derecho a no realizar análisis adicionales.

Acerca de las condiciones de envío de muestras biológicas: Será necesario contactar con DREAMGENICS antes de realizar el envío de muestras con el fin de recibir indicaciones acerca del mejor método de conservación y envío de las muestras. DREAMGENICS no se hace responsable del deterioro que puedan sufrir muestras enviadas en condiciones diferentes a las indicadas. Igualmente, DREAMGENICS no se hace responsable del deterioro que puedan sufrir debido a incidencias atribuibles al servicio de mensajería o retrasos en la entrega. Puede consultar nuestros Protocolos de envío de muestras en www.dreamgenics.com.

RECEPCIÓN DE LAS MUESTRAS (a cumplimentar por Dreamgenics)

EMPRESA DE TRANSPORTE: _____

FECHA DE SALIDA: _____ FECHA Y HORA DE REPCIÓN: _____

RECEPCIÓN REALIZADA POR: _____

OBSERVACIONES: _____

FIRMA: _____