

Información de contacto:

Contacto: País:
Posición: E-mail:
Compañía: Tipo de Compañía:
Teléfono: Fax:

1) ¿Qué describe mejor su negocio / industria?

2) ¿Qué especies trabaja usted?

3) ¿Cuánto conocimiento tiene acerca de las micotoxinas?

(1= Ninguno 10 = Alta)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4) ¿Qué importancia tienen las siguientes micotoxinas que afectan su alimentación?

(1= Ninguno 10 = Alta)

Aflatoxina	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fumonisina	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ocratoxina	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Toxina T-2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vomitoxina	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Zearalenona	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5) Indique las micotoxinas que actualmente Ud. prueba, y con qué frecuencia.

6) ¿Qué método se utiliza?

7) ¿Utiliza actualmente un ligante toxina? En caso afirmativo, indique el nombre del producto y la dosis:

8) En una escala de 1 a 10, ¿qué tan satisfecho está usted con su carpeta de toxina?

(1= Ninguno 10 = Alta)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9) Como parte del control de calidad (GMP/ISO) los lotes de las micotoxinas que Ud está comprando son eficacia certificada?

10) ¿Qué parámetros estás Ud. evaluando para saber si su carpeta de toxina está trabajando?

11) ¿Qué influencia cree usted que tienen las micotoxinas en el fracaso de los programas de vacunación?

(1= Ninguno 10 = Alto)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Thank you for filling the questioner

