

## Bestellung

Fax an: 0316 671331-15

Arzt:

Name/V orname: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Tel.: .....

- \_\_\_\_ Pkg. rote Gel-Serumröhrchen (á 50 Stück)
- \_\_\_\_ Pkg. weiße Serumröhrchen (á 50 Stück)
- \_\_\_\_ Pkg. grüne LI-Heparin-Röhrchen (á 50 Stück)
- \_\_\_\_ Pkg. violette EDTA-Röhrchen (á 50 Stück)
- \_\_\_\_ Pkg. blaue Citrat-Röhrchen (Gerinnung) (á 50 Stück)
- \_\_\_\_ Pkg. schwarze Citrat-Röhrchen (BSG) (á 50 Stück)
- \_\_\_\_ Pkg. graue Fluorid-Röhrchen (á 50 Stück)
- \_\_\_\_ Pkg. gelbe Harnröhrchen (á 50 Stück)
- \_\_\_\_ Stk. gelbe Harnröhrchen mit Aufziehhilfe / Saugspritze (stückweise)
- .....
- \_\_\_\_ Pkg. Nadeln (á 100 Stück)
- \_\_\_\_ Pkg. Adapter (á 10 Stück)
- .....
- \_\_\_\_ Stk. Versandsäcke (Kuverts Papier)
- \_\_\_\_ Stk. Versandsackerl (Kunststoffbeutel f. BOTENDIENSTE) flüssigkeitsdicht
- \_\_\_\_ Stk. Versandgefäße klein (Einzelröhrchen)
- \_\_\_\_ Stk. Versandkarton klein (für ca. 15 Röhrchen)
- \_\_\_\_ Stk. Versandkarton groß (für ca. 30 Röhrchen)
- .....
- \_\_\_\_ Stk. Verzeichnis der Analysen
- \_\_\_\_ Stk. Allergieformulare
- \_\_\_\_ Stk. Formular Arbeitsmedizinische Untersuchungen

Datum der Bestellung: .....

Nachtrag vom: .....

Lieferung

wird abgeholt am: .....

Intern (vom Arzt NICHT auszufüllen) :

RAD

Auto

POST

LUPUS

.....  
Datum

.....  
Unterschrift / Stempel