

Referenzinstitut für Bioanalytik

Geschäftsstelle

Friesdorfer Str. 153

53175 Bonn

Falls vorhanden, bitte Teilnehmer- oder Kassenarztnummer eintragen!

Anmeldung Ringversuch BAK TK 1/14 und BAK TK 2/14

Wenn Sie bereits bei uns angemeldet sind, dann tragen Sie bitte ausser der Teilnehmernummer nur noch die Änderungen / Ergänzungen Ihrer Kontaktdaten ein.

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Ringversuch BAK TK an.

BAK TK 1/14 , Module: _____

BAK TK 2/14 , Module: _____

Institution:

Name:

Straße:

Ort:

Telefon:

Telefax:

E-Mail (obligatorisch):

Bestell-/Auftragsnummer:

VAT-Nr. (nur Ausland)

Ansprechpartner:

Abweichende Rechnungsanschrift

Institution:

VAT-Nr. (nur Ausland)

Name:

Straße:

Ort:

Telefon:

Telefax:

Ort, Datum, Unterschrift

Fax: 0228-926895-29

Terminübersicht bitte wenden →

Ringversuch	Letzter Anmelde- termin	Versand	Versuchszeitraum von	bis
BAK TK 1/14	30.04.14	07.05.14	08.05.14	22.05.14
BAK TK 2/14	30.10.14	12.11.14	13.11.14	22.11.14