

Referenzinstitut für Bioanalytik
Geschäftsstelle
Friesdorfer Str. 153
53175 Bonn

Falls vorhanden, bitte Teilnehmer- oder Kassenarztnummer eintragen!

Anmeldung Ringversuch MultiVir Nat 1/14 und MultiVir Nat 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 MultiVir Nat an.

MultiVir Nat 1/14 , Viren: _____

MultiVir Nat 2/14 , Viren: _____

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