

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**