

Bitte senden Sie das ausgefüllt Formular als FAX an 0511 / 563 559 5200

Bestellung von:

- Humane Amnionmembran, kryokonserviert, Schwerin (PEI.G.11579.01.1),
- 20 mm x 20 mm, _____ Stück
- Andere: _____ Stück
- AmnioClip-plus, kryokonserviert, DGFG (PEI.G.11968.01.1),
- mit Chorionseite (stromal) zum Auge (**Standard**) _____ Stück
- mit Amnionseite (epithelial) zum Auge _____ Stück

1. Anschrift der transplantierenden Einrichtung

Einrichtung:			
Straße:			Haus-Nr.:
Postleitzahl:		Ort:	
Telefonnummer:		Fax-Nummer:	
Ansprechpartner / Anfordernder Arzt:			
Anrede:	Titel:	Vorname:	Nachname:

2. Lieferanschrift

Einrichtung:			
Straße:			Haus-Nr.:
Postleitzahl:		Ort:	
Telefonnummer:		Fax-Nummer:	

Gewünschtes Lieferdatum:

Datum: _____ Unterschrift, des anfordernden Arztes: _____