

Anforderung von Gewebetransplantaten

Hiermit bestellen wir entsprechend der gültigen Liste:

AUFTRAGSNUMMER

Transplantat	Artikel-Nr.	Anzahl	Einzelkosten	Gesamtkosten

 Standardlieferung **Gesamtsumme**
 Terminlieferung (nach Absprache)

 Wir benötigen neue Anforderungsformulare.

 Senden Sie uns bitte Ihre aktuelle Preisliste bzw. den Transplantatekatalog.

LIEFERANSCHRIFT

RECHNUNGSANSCHRIFT

FACHABTEILUNG

-
- Orthopädie
-
-
- Chirurgie
-
-
- Ophthalmologie
-
- Andere
-

Die oben angeführten Transplantate werden ausschließlich zur Behandlung krankheits- oder unfallbedingter Gewebedefekte verwendet.

ZENTRALE MAILADRESSE FÜR RECHNUNGSEMPFANG

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

Kontakt Distribution

Tel. + 49 (0)30 5770 7806 0

Fax + 49 (0)30 6576 3055

distribution@dizg.de

www.dizg.de

 Es gelten unsere allgemeinen
Geschäftsbedingungen

Ansprechpartner

Telefonnummer für Rückfragen

Faxnummer für Rückfragen