

Anforderung von Gewebetransplantaten

Hiermit bestellen wir entsprechend der gültigen Liste:

AUFTRAGSNUMMER _____

Transplantat	Artikel-Nr.	Anzahl	Einzelkosten	Gesamtkosten
Gesamtsumme				_____

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Standardlieferung | <input type="checkbox"/> Terminlieferung (nach Absprache) |
| <input type="checkbox"/> Wir benötigen neue Anforderungsformulare | <input type="checkbox"/> Senden Sie uns bitte Ihre aktuelle Gebührenliste und den Transplantatekatalog |

Kunden-Nr. (falls zur Hand): **D** _____

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/der Ärztin

Kontakt Distribution

Tel. +49 (0)30 577 07 80 60
 Fax +49 (0)30 6576 3055
 distribution@dizg.de
 www.dizg.de

FÜR RÜCKFRAGEN

Ansprechpartner _____

Telefonnummer _____

Faxnummer/E-Mail-Adresse _____

Es gelten unsere allgemeinen
Geschäftsbedingungen.