

# Anforderung von Gewebeplantaten

Hiermit bestellen wir entsprechend der gültigen Liste:

AUFTRAGSNUMMER: \_\_\_\_\_

AUFTRAGSDATUM: \_\_\_\_\_

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

Transplantat	Artikel-Nr.	Anzahl

## LIEFERUNG

 Standardlieferung Senden Sie uns bitte Ihre  
aktuelle Gebührenliste und  
den Transplantatekatalog. Terminlieferung (nach tel. Absprache)

Geplantes OP-Datum: \_\_\_\_\_

Gewünschtes  
Lieferdatum/Zeitfenster: \_\_\_\_\_

## LIEFERANSCHRIFT

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## RECHNUNGSANSCHRIFT

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ZENTRALE E-MAIL-ADRESSE FÜR RECHNUNGSEMPFANG

\_\_\_\_\_



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

## 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/E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Zur Ressourcenschonung bitten wir  
vorzugsweise um eine Antwort per E-Mail.

**Rücksendung**→ **E-MAIL**

distribution@dizg.de

→ **FAX**

+49 (0)30 6576 3055

Es gelten unsere allgemeinen Geschäftsbedingungen.