

# Anforderung von Gewebeplantaten

Hiermit bestellen wir entsprechend der gültigen Liste:

 AUFTRAGSNUMMER 

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

Transplantat	Artikel-Nr.	Anzahl
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**FACHABTEILUNG**

- Orthopädie  
 Chirurgie  
 Ophthalmologie  
 Andere

**LIEFERUNG**

- Standardlieferung  
 Senden Sie uns bitte Ihre  
aktuelle Gebührenliste und  
den Transplantatekatalog

- Terminlieferung (nach Absprache)

 OP-Datum: 

 Gewünschtes  
Lieferdatum/Zeitfenster: 
**LIEFERANSCHRIFT**
  
  
  

**RECHNUNGSANSCHRIFT**
  
  
  

**ZENTRALE E-MAIL-ADRESSE FÜR RECHNUNGSEMPFANG**


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

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/E-Mail-Adresse 

 Telefonnummer/Faxnummer 
**Rücksendung**

→ FAX +49 (0)30 6576 3055

→ MAIL distribution@dizg.de

 Wenn Sie nicht über die Version "Adobe Acrobat Pro" verfügen und  
daher nicht digital unterschreiben und ausfüllen können, bitten wir Sie,  
das Formular auszudrucken und handschriftlich zu bearbeiten.

 Interner Vermerk: Bitte nach der Bearbeitung eine Info an den zuständigen AD-Mitarbeiter, die Vertriebsassistentin und Markomm.  
Es gelten unsere allgemeinen Geschäftsbedingungen.