mvzlm RUHR

MEDIZINISCHES
VERSORGUNGSZENTRUM
FÜR **LABORMEDIZIN**
UND **MIKROBIOLOGIE**
RUHR GMBH

Anforderungsformular für Ringversuchszertifikate / Akkreditierungsurkunde

Auftraggeber:
Klinik:
Station:
Telefonnummer (für eventuelle Rückfragen):
Fax – Nr.:
Email:

☐ **Akkreditierungsurkunde**

☐ **Ringversuchszertifikat**
Für welche Analyte benötigen Sie das Zertifikat?
Für welchen Zeitraum benötigen Sie das Zertifikat?
Aus welchem Grund benötigen Sie das Zertifikat?

Auf welchem Weg soll das Zertifikat übermittelt werden?
☐ **Hauspost** ☐ **Fax** ☐ **Email**

Datum / Ort	**Name**	**Unterschrift**

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an folgende Kontaktadresse:

Astrid Timmermann
mvzlm Ruhr GmbH
Herwarthstr. 100
45138 Essen
Telefon: 0201 65056 8157
Telefax: 0201 65056 8159
Email: a.timmermann@contilia.de