

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

<input type="checkbox"/> Akkreditierungsurkunde
--

<input type="checkbox"/> 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?		
<input type="checkbox"/> Hauspost	<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> Email

Datum / Ort

Name

Unterschrift

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an folgende Kontaktadresse:

A. Timmermann
mvzlm Ruhr
Huttropstr. 58
45138 Essen
Telefon: 0201 45152 131
Telefax: 0201 45152 110
Email: a.timmermann@contilia.de