

Bitte senden Sie Ihre Materialbestellung
 per Fax an +49-89-23237356-90

Anzahl (bitte ankreuzen)

PraenaTest®



PraenaTest® Blutentnahme-Set	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50
Auftrag zu genetischen Untersuchung Formular PraenaTest® – Ordination	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50
Auftrag zu genetischen Untersuchung Formular PraenaTest® Flex – SEPA-Lastschriftmandat	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50
PraenaTest® Arztinformation			<input type="checkbox"/> 1
PraenaTest® Mutterpasetiketten (5 Etiketten/Blatt)		<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10
Informations- und Servicematerial für Ihre Patientinnen			
PraenaTest® Broschüre	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50
PraenaTest® Aufklärungsbogen und Einwilligungserklärung	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50

PraenaGenom



PraenaGenom Blutentnahme-Set	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20
Auftrag zu genetischen Untersuchung Formular PraenaGenom	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20
PraenaGenom Arztinformation			<input type="checkbox"/> 1
Informations- und Servicematerial für Ihre Patientinnen			
PraenaGenom Broschüre	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50
PraenaGenom Aufklärungsbogen und Einwilligungserklärung			<input type="checkbox"/> 10

Blutentnahme-Set Zubehör

	Kühlpads	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50
---	----------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Bitte senden Sie obiges Informationsmaterial an folgende Praxis-/Klinikadresse:

Praxis / Klinik	Praxisstempel
Straße / Hausnummer	
PLZ / Ort	
Ansprechpartner	