

Einsenderanschrift*	
Firmenname:	
Ansprechpartner:	
Straße:	
PLZ:	Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail zur Befundübermittlung:	

**LADR Zentrallabor
Dr. Kramer & Kollegen**

T: 04152 803-333
F: 04152 803-425
www.biofocus.de/bestellen



Rechnungsanschrift* (sofern abweichend)

Firmenname:	
Straße:	
PLZ:	Ort:

Entnahme-Datum:	Entnahme-Ort:
Probenehmer (in Druckbuchstaben):	

Sterilkontrolle:

Inkubationszeit

<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> 7d/37°C-7d/Raumtemperatur
		<input type="checkbox"/> 14d/37°C-14d/Raumtemperatur
		<input type="checkbox"/> MHD: _____

Probenliste

Proben-Nummer	Bezeichnung	Herstelldatum	Chargen-Nr.
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Bemerkungen