

Anforderung von Gewebetransplantaten

AUFTRAGSNUMMER: _____

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

Hiermit bestellen wir entsprechend der gültigen Liste:

Transplantat	Artikel-Nr.	Anzahl
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

LIEFERUNG

- ☐ Standardlieferung
- ☐ Senden Sie uns bitte
Ihren aktuellen 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
distribution@dizg.de
dizg.de

FÜR RÜCKFRAGEN

Ansprechpartner/E-Mail-Adresse _____

Telefonnummer _____