

Fax-Bestellformular

Fax-Nr. 06204 / 78 90 322



Hiermit bestelle ich verbindlich die eingetragenen Artikel und Mengen.

Kunden Nr.: Datum, Unterschrift:

Rechnungs- und Lieferadresse oder Praxisstempel:	abweichende Lieferadresse und Anmerkungen:

scil Reflovet Plus

scil-Nr.	Produktbezeichnung	Bestellmenge
----------	--------------------	--------------

Parameter

5800	Alk. Phosphatase, 30 Streifen	
5810	Urea, 15 Streifen	
5811	BUN, 15 Streifen	
5820	Cholesterol, 30 Streifen	
5830	GGT, 30 Streifen	
5840	GOT/AST, 30 Streifen	
5850	GPT/ALT, 30 Streifen	
5860	Glukose, 2 x 15 Streifen	
5870	Hämoglobin, 30 Streifen	
5880	Triglyceride, 30 Streifen	
5890	Uric Acid, 30 Streifen	
5900	Bilirubin, 30 Streifen	
5910	Amylase, 15 Streifen	
5920	Kreatinin, 30 Streifen	
5950	HDL, 30 Streifen	
5960	CK, 15 Streifen	
5970	Kalium, 30 Streifen	

Qualitätskontrolle

5982	Precinorm HB, 1 x 2 ml	
5990	Precinorm U, 4 x 2 ml	
5940	Clean & Check, 15 Streifen	

Zubehör

6980	Pipettenspitzen Clinipette-Tips, 500 St.	
6971	Proberöhrchen Li-Heparin 0,3 ml, 100 St.	
7102	Proberöhrchen Li-Heparin 0,5 ml, 100 St.	
7110	Proberöhrchen Li-Heparin 0,6 ml, 100 St.	
7100	Proberöhrchen Li-Heparin 1,3 ml, 100 St.	
6973	Druckerpapier für Reflotron IV und Reflovet Plus, 1 Rolle	
6976	Druckerfarbband für Reflotron IV und Reflovet Plus, 1 Rolle	