

Bitte senden an:

UKGM – Universitätsklinikum Marburg
Philipps-Universität Marburg
Institut für Pathologie, Sekretariat
Baldingerstraße
D-35043 Marburg

GBG29 – BCP – Versand von Gewebeproben

Absender:

Zentrum Nummer:

Zentrum Adresse:

Pat.-Nummer	Geburtstag	Gewebeblocknummer	Material
			<input type="checkbox"/> OP Mamma <input type="checkbox"/> Plazenta
			<input type="checkbox"/> OP Mamma <input type="checkbox"/> Plazenta
			<input type="checkbox"/> OP Mamma <input type="checkbox"/> Plazenta
			<input type="checkbox"/> OP Mamma <input type="checkbox"/> Plazenta

Datum: Unterschrift:

Adresse/Stempel:

Bitte senden an:

GBG Forschungs GmbH
Translationale Forschung
Martin-Behaim-Straße 12

63263 Neu-Isenburg

Mitteilung über den Versand von Gewebeproben (BCP)

Die Gewebeproben der folgenden BCP Patientin(nen)

Zentrum Nummer:

Zentrum Adresse:

Pat.- Nummer	Geb.-Datum	Material
		<input type="checkbox"/> OP Mamma <input type="checkbox"/> Plazenta
		<input type="checkbox"/> OP Mamma <input type="checkbox"/> Plazenta
		<input type="checkbox"/> OP Mamma <input type="checkbox"/> Plazenta
		<input type="checkbox"/> OP Mamma <input type="checkbox"/> Plazenta

wurden zur Zentralpathologie von BCP gesandt. Bitte erteilen Sie die für die Sammlung der Gewebeproben bereitgestellte Gutschrift (pro Patientin je 25,- € *) auf das folgende Konto:

Kontoinhaber:
IBAN:
BIC:
Name der Bank:
Verwendungszweck:

Der Empfänger ist umsatzsteuerpflichtig, UMST-ID-Nr.:
 nicht umsatzsteuerpflichtig.

Datum: Unterschrift:

Adresse/Stempel:

*die Honorierung erfolgt pro Material (nicht pro Block)