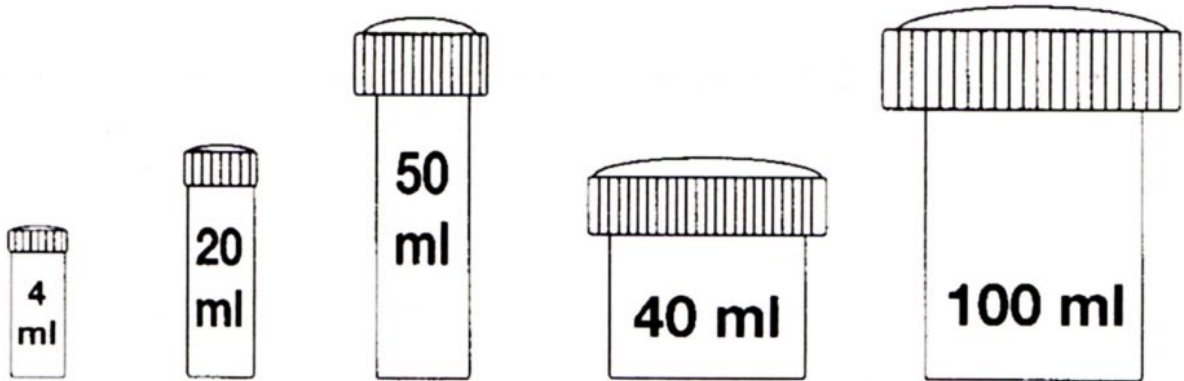


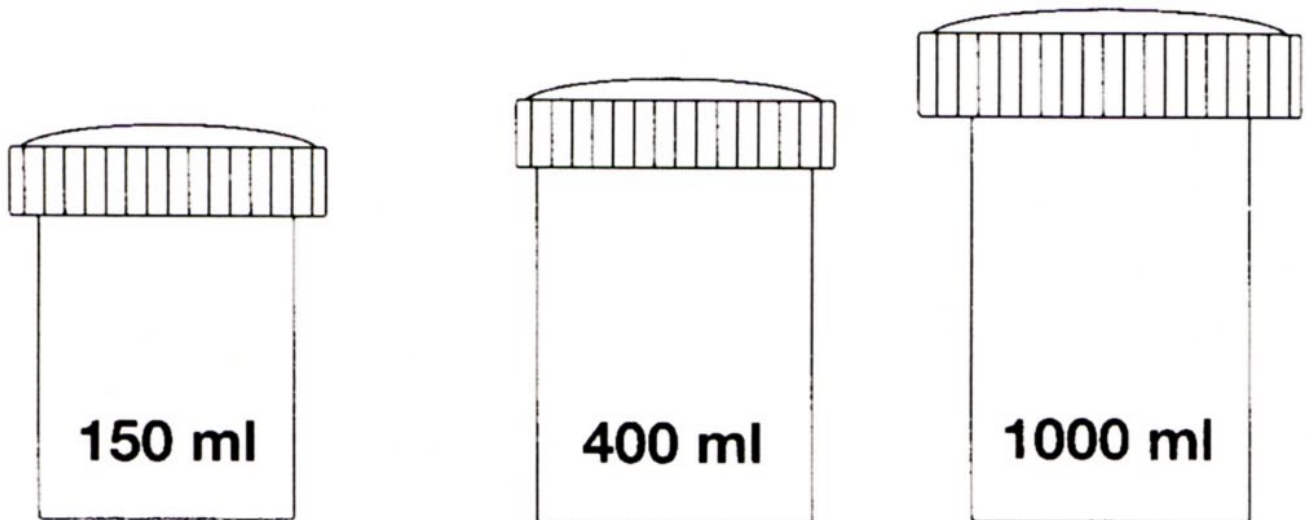
**Ich bitte um Zusendung von Versandmaterial (bitte ankreuzen)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Objektträger                         | <input type="checkbox"/> Wattestäbchen |
| <input type="checkbox"/> Zytöhüllen                           | <input type="checkbox"/> Gynobrush     |
| <input type="checkbox"/> Dünnschichtzytologie                 |  |
| <input type="checkbox"/> Versandtüten                         |  |
| <input type="checkbox"/> Untersuchungsanträge                 |  |
| <input type="checkbox"/> Allgemein                            | <input type="checkbox"/> Urologie      |
| <input type="checkbox"/> Onkologie                            | <input type="checkbox"/> Orthopädie    |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologie                          | <input type="checkbox"/> Haut          |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologie I                  | <input type="checkbox"/> HNO / Lunge   |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologie II                 |  |
| <input type="checkbox"/> Begleitscheine zur Biopsie           |  |
| <input type="checkbox"/> Begleitscheine zur Beckenkammbiopsie |  |

Gefäße  mit Formalin  ohne Formalin



Anzahl \_\_\_\_\_



Anzahl \_\_\_\_\_

Praxisstempel (Adresse) auf Vorderseite bitte nicht vergessen!