

Referenzinstitut für Bioanalytik
Geschäftsstelle
Friesdorfer Str. 153
53175 Bonn

Bitte Teilnehmernummer eintragen!

Anmeldung Ringversuch Ethylglucuronid - EG1/15

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Ringversuch Ethylglucuronid an.

EG 1/15

Zusatzproben

Bitte nur angeben, falls abweichend von bisheriger Lieferadresse.

Institution:

Name:

Straße:

Ort:

Telefon:

Telefax:

E-Mail (obligatorisch):

Bestell-/Auftragsnummer:

VAT-Nr. (nur Ausland)

Ansprechpartner:

Abweichende Rechnungsanschrift

Institution:

VAT-Nr. (nur Ausland)

Name:

Straße:

Ort:

Telefon:

Telefax:

Ort, Datum, Unterschrift

Fax: 0228-926895-29