

UKGM – Universitätsklinikum Marburg
 Philipps-Universität Marburg
 Institut für Pathologie, Sekretariat
 - **Zentralpathologie BCP** -
 Baldingerstraße
 D-35043 Marburg
 Germany

Stempel

Versand von FFPE Gewebeproben

Bitte senden Sie jeweils nur einen repräsentativen Gewebeblock und kein anderes Material als unten angegeben.

Zentrum

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Name:

Kontakt:

| Pat.- Nummer | Gewebeblocknummer | Material |
|--------------|-------------------|---|
| | | <input type="checkbox"/> prätherapeutische Stanze (Brust) <input type="checkbox"/> prätherapeutisches OP-Resektat (Brust) <input type="checkbox"/> posttherapeutisches OP-Resektat (Brust) <input type="checkbox"/> Plazenta |
| | | <input type="checkbox"/> prätherapeutische Stanze (Brust) <input type="checkbox"/> prätherapeutisches OP-Resektat (Brust) <input type="checkbox"/> posttherapeutisches OP-Resektat (Brust) <input type="checkbox"/> Plazenta |
| | | <input type="checkbox"/> prätherapeutische Stanze (Brust) <input type="checkbox"/> prätherapeutisches OP-Resektat (Brust) <input type="checkbox"/> posttherapeutisches OP-Resektat (Brust) <input type="checkbox"/> Plazenta |

Datum: _____ Name: _____ Unterschrift: _____
 (Druckbuchstaben)

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.
 ✉ trafo@gbg.de / ☎ +49 6102 7480 309

GBG Forschungs GmbH
 Translationale Forschung
 Martin-Behaim-Straße 12
 D-63263 Neu-Isenburg
 Germany
 Fax: +49 6102 7480 440

Stempel

Mitteilung über den Versand von FFPE Gewebeproben

Zentrum

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Name:

Kontakt:

| Pat.- Nummer | Gewebeblocknummer | Material |
|--------------|-------------------|---|
| | | <input type="checkbox"/> prätherapeutische Stanze (Brust) <input type="checkbox"/> prätherapeutisches OP-Resektat (Brust) <input type="checkbox"/> posttherapeutisches OP-Resektat (Brust) <input type="checkbox"/> Plazenta |
| | | <input type="checkbox"/> prätherapeutische Stanze (Brust) <input type="checkbox"/> prätherapeutisches OP-Resektat (Brust) <input type="checkbox"/> posttherapeutisches OP-Resektat (Brust) <input type="checkbox"/> Plazenta |
| | | <input type="checkbox"/> prätherapeutische Stanze (Brust) <input type="checkbox"/> prätherapeutisches OP-Resektat (Brust) <input type="checkbox"/> posttherapeutisches OP-Resektat (Brust) <input type="checkbox"/> Plazenta |

Bitte erteilen Sie die für die Sammlung der Gewebeproben bereitgestellte Gutschrift von 25 €* auf das folgende Konto:

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Name der Bank:

Verwendungszweck:

Datum: _____

Name: _____
 (Druckbuchstaben)

Unterschrift: _____

*die Honorierung erfolgt pro Material (nicht pro Block)
 GBG 29 - BCP