

BESTELLFORMULAR ERSTAUSSTATTUNG

✉ support@med-supplies.de | ☎ +49 89 99 95 46 60

Bestellen Sie jetzt **über unser interaktives Bestellformular**. Einfach ausfüllen und schnell per E-Mail an uns senden.

Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne an uns: **+49 89 21 55 38 43 - 2**

Auswahl	Paket	Mindestbestellmenge**	Preis
Paketauswahl	☐ 1 FREND™ FREND™ + Zubehör (ohne Inkubator)		
	☐ 2 FREND™ + Inkubator FREND™ + Inkubator + Zubehör (Vollausstattung), alle Parameter		
	☐ 3 Exdia PT10		
	☐ 4 Bundleangebot FREND™ + Inkubator + Exdia PT10 FREND™ + Inkubator + Zubehör (Vollausstattung), alle Parameter + EXDIA PT10		

Menge	Mindestbestellung Parameter	Artikelnummer	Preis/Einheit	Gesamt
FREND™	FREND™ - Cardiac Triple [Troponin I, CK-MB, Myoglobin] (25 Stück)	FRCT025		
	FREND™ - BNP (25 Stück)	FRBN025		
	FREND™ - D-Dimer (25 Stück)	FRDD025		
	FREND™ - PSA Plus (25 Stück)	FRPS025		
	FREND™ - Procalcitonin (25 Stück)	FRPC025		
	FREND™ - hsCRP (25 Stück)	FRhCR025		
	FREND™ - COVID-19 Ag (20 Stück)	FRCOG020		
	FREND™ - COVID-19 Ag + Flu A&B (20 Stück)	FRCGFL020		
	FREND™ - COVID-19 SP [IgG/IgM] (20 Stück)**	FRCOS020		
	FREND™ - COVID-19 IgG/IgM Duo (20 Stück)	FRCOD020		
	FREND™ - TSH (25 Stück)	FRTS025		
	FREND™ - Thyroid Duo AP [TSH, fT4] (20 Stück)*	FRTD020-AP		
	FREND™ - Vitamin D AP (20 Stück)*	FRVD020-AP		
	FREND™ - Testosteron AP (20 Stück)*	FRTE020-AP		
PT10	PT10 - Hepatic Test 9 (20 Stück) Parameter: GOT, GPT, ALP, GGT, TBIL, DBIL, ALB, TP, GLU	PR-PT01		
	PT10 - Lipid Test 5 (20 Stück) Parameter: GLU, CHOL, TG, HDL, (LDL)	PR-PT03		
	PT10 - Wellness Test 9 (20 Stück) Parameter: GOT, GPT, AMY, BUN, CHOL, CREA, GGT, GLU, TBIL	PR-PT04		
	PT10 - Biochemistry Test 9 (20 Stück) Parameter: GOT, GPT, GGT, GLU, CREA, CHOL, TG, HDL, (LDL)	PR-PT05		
	PT10 - HbA1c Test (10 Stück)	PR-PT07		

* Inkubator notwendig

** Keine Lagerware, bitte anfragen.

Gesamt, netto

MwSt. 19 %

Zentrifuge in Praxis

☐ vorhanden

Modell (Hersteller, Bezeichnung, etc.)

Der Versand stimmt sich mit Ihnen über die empfohlenen Einstellungen der Zentrifuge ab.

☐ nicht vorhanden

☐ Kleinzentrifuge (Kapillarblut)

In Sonderfällen (z. B. Zahnarztpraxis) kann die Verwendung von Kapillarblut hilfreich sein. Bei Interesse nehmen wir Kontakt mit ihnen auf.

☐ Hiermit bestelle ich verbindlich.

Praxis

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Ansprechpartner/in

Telefon (oder Druchwahl)

Gesamtsumme

brutto, inkl. Versandkosten

E-Mail

Datum

Unterschrift

** Hinweis zu den Mindestabnahmemengen:

Damit Ihre Lagerkapazitäten nicht überstrapaziert werden, müssen nicht alle Tests sofort ausgeliefert werden. Eine Auswahl und Bezahlung ist aber bei Bestellung notwendig. Ein späterer Umtausch von noch nicht abgenommener Ware ist nach Absprache mit mts in Ausnahmen möglich. Die Mindestabnahmemenge ist im Rahmen der VPE frei wählbar, sollte aber **3-4 Parameter mindestens** enthalten. Einzelfallentscheidungen sind nach Absprache möglich.