

Fachübergreifende Teilberufsausübungsgemeinschaft für Zytologie Frankfurt am Main GbR_OptiCyt®MVZ-TBAG

Postfach 200254

60606 Frankfurt am Main Ginnheimer Landstraße 86 60487 Frankfurt am Main

Fax +49 (0) 69 951447-50

info@opti-cyt.de www.opti-cyt.de

Bestellformular Pathologie Gynäkologie / Zytologie (Bitte nur mit diesem Formular bestellen) Fax: +49 (0) 69 951447-50

Bestellmenge bestellt / geliefert	Kostenpflichtige Materialien	Stückzahl
	Objektträger OptiCyt® mit Mattrand für FPGS®	50
	Deckgläser OptiCyt® 24x55 mm	100
	OptiCyt® Cellettabrush	100
	OptiCyt® Cervex-Brush Combi für Thin-Prep ®	50
	OptiCyt® Cervex-Brush ohne Spitze	25
	OptiCyt® Cytobrush (mit Glaskugel)	100
	OptiCyt® Szalay-Spatel Nr.1 Nr.2 Nr.4 Nr.4 Nr.4	100
	Watteträger OptiCyt® lang (250x3 mm) WA5	100
	Watteträger OptiCyt® mittel (200 mm) WA9	100
	Watteträger OptiCyt® kurz (150 mm) WA1-I	100
	OptiCyt® Papcone (Schaumstoff)	25
	OptiCyt Isopropanol 1 Liter -> Anmerkung s.u.	1
	OptiCyt® Spezial-Fixierspray 100 ml (umweltfreundliches Pumpspray)	1
	OptiCyt® Fixationsgefäß (Glasküvette)	1
	Anmerkung zu Isopropanol: Hiermit werden alle Beteiligten allgemein Sinne von GGVSEB/ ADR hingewiesen.	auf das Gefahrgut im
Bestellmenge: bestellt / geliefert	Kostenfreie Materialien	
	Abnahme Röhrchen für HPV (Aptima®)	
	Aptima® Chlamydien / Gonokokken Kombi-Test Urin-Kit (gelb)	
	Aptima® Chlamydien / Gonokokken Kombi-Test endocervical / urethral Kit (weiß)	
	Thin-Prep ® Kit (Gefäß + grüne Bürste)	
	Versandtaschen blau	



Fachübergreifende Teilberufsausübungsgemeinschaft für Zytologie Frankfurt am Main GbR_OptiCyt®MVZ-TBAG

Postfach 200254

60606 Frankfurt am Main Ginnheimer Landstraße 86 60487 Frankfurt am Main

Fax +49 (0) 69 951447-50

info@opti-cyt.de www.opti-cyt.de

Bestellformular Pathologie Gynäkologie / Zytologie (Bitte nur mit diesem Formular bestellen) Fax: +49 (0) 69 951447-50

Clip-Verschlüsse für blaue Versandtaschen
Präparatemappen für 20 OT
Versandcontainer für Objektträger
Igel-Scheine
zytologische Befundscheine A5
Versandgefäße gefüllt mit 4% Formalin für Histologie 20ml 35ml
Patienten-Flyer Thin-Prep ® HPV
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·

Datum, Unterschrift	Anschrift	Arztstempel
Batam, Ghtereenint	Anforderungsstelle	711210101111101
Eingangsdatum	Versand	Unterschrift
Lingangsuatum	VEISAIIU	Ontersonni