

**Achtung** Die angegebenen Preise gelten pro Jahr. Ausführlichere Informationen zu den einzelnen Ringversuchen und zu den Angeboten finden Sie in den Teilnahmebedingungen.

Die Preise verstehen sich ohne Transportkosten und ohne MWST von 7.6%

**Attention** Les prix indiqués s'entendent par année. Vous trouverez de plus amples informations quant aux différents essais d'aptitudes et offres dans les conditions de participation.

Prix sans frais de transport ni TVA de 7.6%

Bitte ankreuzen / Veuillez marquer s.v.p.

Ringversuch Essai d'aptitude	Fr. / Jahr Fr. / ans	Ringversuch Essai d'aptitude	Fr. / Jahr Fr. / ans
<input type="checkbox"/> Immunhämatologie I	340.00	<input type="checkbox"/> Anti-CMV IgG	290.00
<input type="checkbox"/> Immunhämatologie II	420.00	<input type="checkbox"/> Anti-CMV IgG und IgM	390.00
<input type="checkbox"/> Immunhämatologie III	480.00	<input type="checkbox"/> Anti-HAV Total (IgG + IgM)	290.00
<input type="checkbox"/> AKID*	90.00	<input type="checkbox"/> Anti-HAV Total und IgM	390.00
<input type="checkbox"/> Anti-HIV-1/-2	290.00	<input type="checkbox"/> Rubella IgG	290.00
<input type="checkbox"/> Anti-HCV	290.00	<input type="checkbox"/> Rubella IgG und IgM	390.00
<input type="checkbox"/> HBsAg	290.00	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgG	290.00
<input type="checkbox"/> Syphilis	290.00	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgG und IgM	390.00
<input type="checkbox"/> Anti HBs	290.00	<input type="checkbox"/> Varizellen IgG	290.00
<input type="checkbox"/> HBsAg, Anti-HCV, Anti-HIV-1/2	850.00	<input type="checkbox"/> Hepatitis B Serologie Sérologie hépatite B	390.00

\* Der markierte Ringversuch steht nicht auf der Liste der obligatorischen Qualitätskontrolle

\* L'essai d'aptitude marqué ne fait pas partie du contrôle de qualité obligatoire

## BSD SRK Bern AG Ringversuchszentrum

Fax: 031 384 23 24

### Anmeldung / Inscription

Preise, Termine etc. siehe Geschäfts- und Teilnahmebedingungen

Prix, Dates, etc. voir conditions de participation et commerciales

Korrespondenz  deutsch

Correspondance  français

Titel / Vorname / Name

Titre / prénom / nom.....

Institution

Institution.....

Adresse / PLZ / Ort

Adresse / CIP / lieu .....

Konkordatsnummer / EA-Nummer

Numéro de concordat / Numéro-EA.....

Telefon / Fax:

Téléphone / Fax .....

Rechnungsadresse falls nicht identisch mit der obigen Adresse:

Adresse de facture si celle-ci n'est pas identique à l'adresse ci-dessus:

Adressat

Adressat.....

Institution

Institution.....

Adresse / PLZ / Ort

Adresse / CIP / lieu .....

Hiermit bestätige ich, dass ich die Geschäfts- und Teilnahmebedingungen akzeptiere.

Par ceci, je confirme que j'accepte les conditions de participation et commerciales.

Ort, Datum

Lieu, date

Unterschrift, Stempel

Signature, tampon

Bemerkungen

Remarques