

ABO 36	Listenpreis EUR	Preis EUR für BVND Mitglieder	Preis EUR für DiaMed eG Mitglieder
QuikRead go Instrument	inkl.	inkl.	inkl.
QuikRead go CRP Kit à 50 Tests 5 - 200 mg/l (Preis pro Kit)	125,21	122,00	118,00
Kontrolllösung zur Positivkontrolle	inkl.	inkl.	inkl.

Ja, ich bestelle das QuikRead go Instrument im Paket. Laufzeit: 36 Monate; Lieferung: 3 Kits à 50 Tests, Lieferung und Rechnungsstellung quartalsweise.

Kauf	Listenpreis EUR	BVND-Preis EUR	DiaMed-Preis EUR	Menge
QuikRead go Instrument	1.252,00	1.200,00	1.150,00	
QuikRead go CRP Kit à 50 Tests 5 - 200 mg/l (Preis pro Kit)	125,21	122,00	118,00	
Kontrolllösung zur Positivkontrolle	15,04	14,29	13,84	
wrCRP + Hb Kit à 50 Tests 0,5 - 200mg/l (Preis pro Kit)	142,02	138,45	134,00	
wrCRP Kontrolllösung	17,06	16,21	15,80	
Hb-Kontrolllösung	26,50	25,25	24,68	

Alle Preise verstehen sich zzgl. MwSt.

Ihr Vertragspartner: Orion Diagnostica Oy, Representative Office • Notkestrasse 9 • 22607 Hamburg • Tel: 040 52959438 • Web: www.oriondiagnostica.de

EBM-Ziffern	Leistung	Wert
32128	C-reaktives Protein Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, je Untersuchung	1,15 Euro
32460 (Genehmigung der KV vorausgesetzt)	C-reaktives Protein quantitative Bestimmung mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Immunoassay oder anderer gleichwertiger Verfahren, je Untersuchung	4,90 Euro

GOÄ	Leistung	Punkte	F.: 1,15*	F.: 1,3*
3741	C-reaktives Protein (CRP) GOÄ-Text: C-reaktives Protein (CRP), Linganden-assay, ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve, Immundiffusion o.ä. Untersuchungsmethode, Organuntersuchung	200	13,41 Euro	15,15 Euro
3524	C-reaktives Protein (CRP) * ohne Fachkunde Labor GOÄ-Text: Untersuchung folgender Messgrößen unabhängig vom Messverfahren: hsCRP u. a. Besuch	100	6,70 Euro	7,58 Euro* *erhöhter Materialkostenbedarf

Mir ist bekannt und ich willige ausdrücklich ein, dass die DiaMed eG. meine oben stehenden Daten verarbeitet, Art. 4 DSGVO, und zum Zwecke der Anbahnung eines Vertragsverhältnisses an das genannte Unternehmen weiterleitet. Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass die DiaMed eG. meine Daten zur Information per E-Mail oder für Newsletter. bzw. sonstige fachbezogene Werbung nutzt, Art. 6 Abs. 1 lit. a) DSGVO. Meine Rechte als Betroffene/r sind mir bekannt. Weitere Hinweise zum Datenschutz und die Datenschutzerklärung der DiaMed eG. finde ich auf der Homepage unter www.diamed-eg.de

- Ich wünsche weitere Informationen zum QuikRead go.
- Ich wünsche den Besuch eines Verkaufsmitarbeiters.
- Ich bin Mitglied des Bundesverbandes Niedergelassener Diabetologen (BVND).
- Ich möchte Mitglied des BVND werden. Bitte lassen Sie mir den Antrag zukommen.
- Ich bin Mitglied der DiaMed eG.
- Ich möchte Mitglied der DiaMed eG werden. Bitte lassen Sie mir den Antrag zukommen.

 Titel Vorname, Name

 Praxisanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

 Telefonnummer Faxnummer

 Datum, Unterschrift E-Mail Adresse

Praxisstempel