

Kaufangebot	Bestell-Nr.	Listenpreis (Packungspreis / Preis pro Test)	DiaMed-Preis* (Packungspreis / Preis pro Test)	Bitte Ankreuzen
Afinion™ 2 Analyzer	1116770	4.500 EUR	2.600 EUR	
Afinion™ HbA1c Testkassetten ab 900 Tests pro Jahr**	1117196	59,85 / 3,99 EUR	42,75 / 2,85 EUR	☐
Afinion™ HbA1c Testkassetten ab 1.500 Tests pro Jahr**			39,75 / 2,65 EUR	☐
Afinion™ HbA1c Testkassetten ab 3.000 Tests pro Jahr**			37,50 / 2,50 EUR	☐

Leihangebot	Bestell-Nr.	Listenpreis (Packungspreis / Preis pro Test)	DiaMed-Preis* (Packungspreis / Preis pro Test)	Bitte Ankreuzen
Afinion™ 2 Analyzer	1116770	4.500 EUR	Leihgerät mit einer Vertragsdauer von 3 Jahren	
Afinion™ HbA1c Testkassetten ab 900 Tests pro Jahr **	1117196	59,85 / 3,99 EUR	47,10 / 3,14 EUR	☐
Afinion™ HbA1c Testkassetten ab 1.500 Tests pro Jahr **			43,80 / 2,92 EUR	☐
Afinion™ HbA1c Testkassetten ab 3.000 Tests pro Jahr **			41,25 / 2,75 EUR	☐

Ab 6.500 Tests pro Jahr ist ein Zweitgerät auf Anfrage möglich.

* Bei den angegebenen Sonderpreisen ist ein Dauerauftrag verpflichtend, welcher maximal 2x pro Jahr aussetzbar ist.

** Die Testmengen sind pro Analysegerät

Der DiaMed-Preis gilt nur in Verbindung einer Mitgliedschaft im BVND und in der DiaMed.

Alle weiteren Tests wie ACR, CRP und Lipid-Profil erhalten Sie auf Anfrage.

RiliBÄK-konforme Kontroll-Lösungen für den Afinion™ 2 Analyzer erhalten Sie direkt über die Abbott Rapid Diagnostics Germany GmbH. Alle Preise sind Nettopreise zzgl. gesetzl. MwSt. Es gelten unsere allgemeinen Liefer- und Zahlungsbedingungen entsprechend unserer aktuellen Produktübersicht.

Abbott Rapid Diagnostics Germany GmbH | Butzweilerhofallee 3 | D-50829 Köln
Tel.: +49-221-27143-0 | Fax: +49 221 27143-400 | E-Mail: serviceDE@abbott.com
<https://www.globalpointofcare.abbott>

- ☐ Ich wünsche einen Demo-Termin in meiner Praxis. Bitte rufen Sie mich an.
- ☐ 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

Praxisstempel

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.