

Bestellformular – Faxantwort Fax Nr. 07321 9469130

Das folgende Angebot gilt ausschließlich für die Mitglieder des BVND und/oder der DiaMed eG

Bestellformular QuikRead go. Bitte tragen Sie Ihre Bestellmenge ein



ABO 36	Listenpreis EUR	Preis EUR für BVND Mitglieder	Preis EUR für DiaMed eG Mitglieder
QuikRead go Instrument	incl.	incl.	incl.
hsCRP+Hb Kit á 50 Tests (Preis pro Kit)	142,00	138,45	134,00

Ja, ich bestelle das QuikRead go Instrument im Paket. Laufzeit: 36 Monate; Lieferung: 3 Kits (iFOBT oder hsCRP+Hb) á 50 Tests, Lieferung und Rechnungsstellung quartalsweise.

Kauf	Listenpreis EUR	BVND-Preis EUR	DiaMed-Preis EUR	Bestellmenge
QuikRead go Instrument	1.252,00	1.200,00	1.150,00	
hsCRP+Hb Kit á 50 Tests (Preis pro Kit)	142,00	138,45	134,00	

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 Immunelektrophorese, 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), Ringassay, 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

- 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, Familienname

Praxisanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Praxis-Telefon Praxis-Fax

Datum, Unterschrift

Praxisstempel