

FÜR PATIENT / IN

Name, Vorname

Geburtsdatum

Auftragsnummer (*falls bekannt*)

WIR MÖCHTEN FOLGENDE ANALYSEN NACHBESTELLEN

ABSENDER *Wichtig! Bitte nicht vergessen*



NACHBESTELLUNG PER...

FAX: 044 250 50 51

E-MAIL: analytica@hin.ch