

MODULO DI RICHIESTA MATERIALE

DATI RICHIEDENTE	INDIRIZZO DI SPEDIZIONE
Data Richiesta: _____ Nome del richiedente: _____ _____ Affiliazione: _____ _____ <input type="checkbox"/> DOTTORE /STUDIO MEDICO / LABORATORIO <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 10px; text-align: center; margin: 5px 0;"> Apporre timbre o riempire il campo del modulo </div> <input type="checkbox"/> COLLABORATORE COMMERCIALE Indirizzo E-mail: _____	Centro: _____ Indirizzo: _____ _____ CAP: _____ Città: _____ <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 10px; text-align: center; margin: 5px 0;"> Apporre timbre o riempire il campo del modulo </div>
MATERIALI DI CONSUMO (selezionare la casella relativa al materiale da richiedere)	
<input type="checkbox"/> Kit di trasporto PrenatalSafe[®] (selezionare il servizio di corriere espresso preferito) <input type="checkbox"/> SDA <input type="checkbox"/> TNT <input type="checkbox"/> DHL <input type="checkbox"/> Bartolini	<input type="checkbox"/> Quantità _____
<input type="checkbox"/> Contenitori di trasporto campioni biologici (selezionare il servizio di corriere espresso preferito) <input type="checkbox"/> SDA <input type="checkbox"/> TNT <input type="checkbox"/> DHL <input type="checkbox"/> Bartolini <input type="checkbox"/> Provette EDTA (tappo viola) <input type="checkbox"/> Provette EPARINA (tappo verde) <input type="checkbox"/> Provette BITEST (tappo rosso) <input type="checkbox"/> Provette Amnio/Villocentesi (tappo arancio) <input type="checkbox"/> Cytobrush (tampon buccali) <input type="checkbox"/> Kit Thin-Prep[®] <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Quantità _____ <input type="checkbox"/> Quantità _____ <input type="checkbox"/> Quantità _____ <input type="checkbox"/> Quantità _____ <input type="checkbox"/> Quantità _____ <input type="checkbox"/> Quantità _____ <input type="checkbox"/> Quantità _____ <input type="checkbox"/> Quantità _____
MATERIALE PUBBLICITARIO (Brochures) (selezionare la casella relativa al materiale da richiedere)	
<input type="checkbox"/> Cariotipo Molecolare <input type="checkbox"/> PrenatalSafe[®] <input type="checkbox"/> PrenatalSafe[®] Karyo <input type="checkbox"/> Prenatal Screen – Gene Screen <input type="checkbox"/> Breast Screen <input type="checkbox"/> Colon Screen <input type="checkbox"/> Oncoscreening <input type="checkbox"/> Nutrigenetica <input type="checkbox"/> Bi-Test <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Pazienti/Gestanti <input type="checkbox"/> Quantità _____ <input type="checkbox"/> Medici/Professionisti <input type="checkbox"/> Quantità _____ <input type="checkbox"/> Quantità _____ <input type="checkbox"/> Quantità _____ <input type="checkbox"/> Quantità _____ <input type="checkbox"/> Quantità _____ <input type="checkbox"/> Quantità _____ <input type="checkbox"/> Quantità _____ <input type="checkbox"/> Quantità _____ <input type="checkbox"/> Quantità _____ <input type="checkbox"/> Quantità _____