

**Auftraggeber**

**Abweichende Rechnungsadresse**

Name  
Firma/Institut  
Tel. & Fax-Nr.  
Strasse & Nr.  
PLZ & Ort

Antigennr.:			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												
Probennummer/ Bezeichnung	Proben- material		Helicobacter spp.	Helicobacter bilis	Helicobacter hepaticus	Helicobacter typhlonius	Parvoviren	Maus Parvovirus	Murines Astrovirus	Ratten Polyomavirus 2	Murines Norovirus	Clostridium piliforme												

Datum:

Unterschrift: