**Auftrag: Revitalisierung von Embryonen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Auftraggeber** | ggf. ext. Rechnungs-Nr.: | ext. Rechnungs-Nr. |
| Kundennummer | KDN | **ggf. abweichende Rechnungsadresse** |
| Firma/Institut | Firma/Institut | Firma/Institut |
| Abteilung, AG | Abteilung | Abteilung |
| Straße, Nr. | Straße und Hausnummer | Straße und Hausnummer |
| PLZ, Ort | PLZ, Ort | PLZ, Ort |
| Ansprechpartner | Name | Name |
| Telefon | Telefon | Telefon |
| E-Mail | E-Mail | E-Mail |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Typ | [ ]  **Embryonen** |  |
| Anzahl | Embryonen |  |

|  |
| --- |
| **Linie** |
| Offizielle Nomenklatur | Offizielle Linienbezeichnung |
| Kurzbezeichnung\* | Kurzbezeichnung |

\*Die Beschriftung der Kassetten muss identisch mit der hier angegebenen Kurzbezeichnung sein.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Biopsie der Nachkommen | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Lieferadresse Biopsien | Adresse |
| Ansprechpartner, Tel.-Nr. | Name | Tel-Nr. |
| Genotypisierung  | [ ]  Ja | [ ]  Nein |

**Bitte beachten:**

**Alle Nachkommen gehen nach Abschluss des Auftrags an den Auftraggeber zurück.**

**Spendertiere stehen nach Abschluss des Auftrags nicht mehr zur Verfügung.**

**Notwendige Formulare:**

GVO-Dokument, Belastungseinschätzung, ggf. Auftauprotokoll

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| erstellt am | Datum | von | Name, Vorname |

Dieses Formular wird digital verarbeitet. Eine persönliche Unterschrift ist daher nicht notwendig, es genügt die Angabe des vollständigen Namens.

Mit der Abgabe des Auftrags bestätige ich, dass ich die AGB und die Datenschutzbestimmungen der mfd Diagnostics GmbH gelesen habe und dass ich vom oben angegebenen Auftraggeber autorisiert bin, kostenpflichtige Vorgänge zu veranlassen.

|  |
| --- |
| **Wird von mfd ausgefüllt** |
| Auftragsnummer | Auftragsnummer |
| Lagerort | Lagerort |
| Lieferdatum | Lieferdatum |
| Bearbeiter | Bearbeiter |