



**An:**

**Blutspendezentrale Saar Pfalz gGmbH Saarbrücken**

**Montag – Freitag**                      **Tel: 06 81/9 63-27 32**  
**von 8.00 bis 16.30 Uhr**              **Fax: 06 81/9 63-25 80**

**Montag – Freitag**  
**von 16.30 bis 8.00 Uhr und**  
**Samstag/Sonntag/Feiertag**  
**ganztägig**                              **Tel: 01 72/6 79 63 55**

**Von:**

**BESTELLUNG**

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- Routine-Lieferung
- Notfall-Lieferung Fahrdienst
- Notfall-Lieferung Blaulicht

Datum: .....

Uhrzeit: .....

Blutgruppe	0 +	0 -	A +	A -	B +	B -	AB +	AB -
Erythrozyten-konzentrat								
Plasma								
Thrombapherese-konzentrat								

Besonderheiten: .....

.....

.....

Lieferung soll erfolgen am: ..... (Unterschrift)

**Hinweis:**

*Falls Präparate nicht vorrätig sind, informieren wir Sie telefonisch.*

Telefonische Rücksprache mit: .....

.....  
Datum/Uhrzeit

.....  
Unterschrift