

Bestellformular für Blutprodukte

ID: 21124
Formular

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:

- Regel-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 per Fax **oder** telefonisch.*

Rücksprache mit:

Name: _____ Telefon-/Faxnummer: _____

.....
Datum/Uhrzeit

.....
Unterschrift