



Anforderung Gewebekbank

Projekt (Titel, Kurzbeschreibung)						
Angefordertes Gewebe (Art und Zahl der Proben)						
Institution/Klinik						
CCCF-Kooperationspartner	Histologie:			Klinik:		
	Name:			Datum		
Projektleiter	Unterschrift			Telefon:		
				e-mail:		
 Wird von der Gewebekbank ausgefüllt 						
Projektnummer						
Antragsnummer						
Proben Gewebekbank-ID						
Beirat	Name:			Datum:		
	Unterschrift:					
Ausgabedatum						
Anforderungsbogen bitte in Druckbuchstaben ausfüllen. Unterschieden an Fax: 0761-270 80040						