



Analyse-System:

	Bestellnummer	Listenpreis	BdP*-Preis	PneumoMed*-Preis	Bestellmenge
Triage® MeterPro Analysegerät für alle Triage® Testpanel	SB0020	4.800,00 €	3.500,00 €	3.000,00 €	

Tests:

Diagnosesicherheit bei Luftnot und Brustschmerz mit dem Triage® SOB Panel

	Bestellnummer	Listenpreis	BdP*-Preis	PneumoMed*-Preis	Bestellmenge
Triage® Profiler SOB™ Panel (Trop I, CK-MB, Myo, BNP, D-Dimer) 25 Tests pro Packung	97300EU	985,00 €	500,00 €	475,00 €	

Diagnose von Herzinsuffizienz mit natriuretischen Peptiden

	Bestellnummer	Listenpreis	BdP*-Preis	PneumoMed*-Preis	Bestellmenge
Triage® BNP Test 25 Tests pro Packung	98000XREU	800,00 €	375,00 €	350,00 €	
Triage® NT-proBNP Test 25 Tests pro Packung	98700EU	800,00 €	375,00 €	350,00 €	

Die weiteren Single- und Multimarkerpanel sind selbstverständlich ebenfalls erhältlich (z.B. Troponin I, D-Dimer, ...). Informationen und Preise für zusätzliche Qualitätskontrollen auf Anfrage.

\*Das Angebot gilt ausschließlich für alle Mitglieder der PneumoMed eG und des Bundesverbands der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner (BdP) bei Bestellung über dieses Fax. Dieses Angebot ist gültig bis zum 31.03.2019.

Alle Preise sind Nettopreise zzgl. gesetzl. MwSt.. Es gelten unsere allgemeinen Liefer- und Zahlungsbedingungen in der aktuellen Version entsprechend unserer Webseite.

Das Triage® MeterPro stellen wir bei einer Abnahme von 25 Tests/Monat kostenlos zur Verfügung. Eine Probestellung ist selbstverständlich möglich. Vertragspartner ist die Quidel Germany GmbH.

- Ich wünsche einen Demo-Termin des Triage® MeterPro in meiner Praxis. Bitte rufen Sie mich an.
- Ich bestelle oben angegebene Artikel verbindlich.

Ich bin Mitglied der/ des (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- PneumoMed eG
- BdP
- Bitte sende Sie mir den Mitgliedsantrag der PneumoMed eG zu.

Quidel Germany GmbH  
Leibnizstraße 11  
D-70806 Kornwestheim  
Geschäftsführer: Dave Sieber, Dr. Johannes Kehle  
Tel.: 07154 80623-0; Fax: 07154 80623-24  
www.quidel.com  
HRB 747013 Amtsgericht Stuttgart,  
Ust. ID DE280749624

Titel, Vorname, Name \_\_\_\_\_  
 Straße, Nr. \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

Praxisstempel