

# ■■■ Wichtig - Externe Qualitätskontrolle! Important - Contrôle de qualité externe!

Bitte faxen Sie dieses Formular umgehend an das entsprechende Qualitätskontrollzentrum. Vielen Dank.

S.v.p. veuillez retourner ce formulaire par fax à votre Centre de contrôle qualité. Merci.

**MQ Zürich  
CSCQ**

**Fax 044 261 12 83  
Fax 022 305 52 38**

**Wir arbeiten neu ab sofort mit / Nouveau nous travaillons à présent avec:**

Gerinnung / Hémostase

ProTime®

HEMOCHRON® Jr. Signature +

PT

APTT



.....

.....

.....

.....

Stempel Praxis / Klinik:  
Tampon Cachet du Cabinet / de la Clinique:

Teilnehmer Nr.  
Participant no. ....

Unterschrift  
Signature .....

Ort / Datum  
Lieu / Date .....