



INTERREGIONALE BLUTSPENDE SRK
TRANSFUSION INTERREGIONALE CRS

Interregionale Blutspende SRK AG

Ringversuchszentrum (RVZ) | Centre d'essais d'aptitude (CEA)
 ☒ Postfach | 3001 Bern
 ☒ Murtenstrasse 133 | 3008 Bern
 iblutspende.ch | ringversuche@itransfusion.ch | T +41 31 384 23 00

TN-Nr. | N° participant:

(leer lassen /laisser libre)

Anmeldung Teilnahme Ringversuche

Bitte Ihre Wahl ankreuzen:

IMMUNHÄMATOLOGIE		CHF/Jahr	INFEKTMARKER		CHF/Jahr
Immnhämatologie I ▪ 1013.00 ABO-Blutgruppen und Antigen D Bestimmung ▪ 1288.00 Erythrozyten Alloantikörper, Suchtest ▪ Rhesusphänotyp	s1	374.00	HBsAg	b	319.00
Immnhämatologie II ▪ Immnhämatologie I - 1013.00, 1288.00, Rhesusphänotyp ▪ 1744.00 Verträglichkeitsprobe	s2	462.00	Anti-HBs	B	319.00
Immnhämatologie III ▪ Immnhämatologie II - 1013.00, 1288.00, Rhesusphänotyp, 1744.00 ▪ 1286.00 Erythrozyten Alloantikörper, Spezifizierung	s3	528.00	Hepatitis B Serologie HBsAG, Anti-HBs, Anti-HBc, HBeAG, Anti-HBe	B	429.00
AKID Kein Parameter der obligatorischen Qualitätskontrolle gemäss Qualab. 2 Proben, 1 Versand pro Jahr	a	150.00	Anti-HBc IgM	m	110.00
			HBsAG, Anti-HCV, Anti-HIV-1/-2	combi	935.00
			Anti-HCV	c	319.00
			Anti-HIV-1/-2	v	319.00
			Anti-Treponema pallidum	t	319.00

Version française au verso

- 4 x 3 Proben pro Jahr gemäss Terminplan (publiziert auf www.iblutspende.ch → [Ringversuchszentrum](#)).
- Verpackung und Transport per Post: Inland CHF 28 pro Jahr, Ausland CHF 80 pro Jahr. Ein gewünschter Versand per Kurierdienst geht zu Lasten des Teilnehmers.
- Die angegebenen Preise gelten pro Kalenderjahr. Alle Preise verstehen sich exklusive MWST von 8.1%.
- Ausführlichere Informationen zu den einzelnen Ringversuchen sind in den AGB zu finden (publiziert auf www.iblutspende.ch → [Ringversuchszentrum](#)).

Institution/Labor: _____

Strasse: _____

PLZ | Ort: _____

Telefon: _____ GLN Labor: _____

ZSR-Nr: _____ GLN zu ZSR: _____

Laborleitung: _____

Kontaktperson: _____

E-Mail (1 Hauptadresse): _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Allgemeinen Geschäftsbedingungen RVZ IRB zu akzeptieren (publiziert auf www.iblutspende.ch → [Ringversuchszentrum](#)) akzeptiert. Das Original der Anmeldung ist einzusenden an die Postadresse IRB.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

Bemerkungen:



INTERREGIONALE BLUTSPENDE SRK
TRANSFUSION INTERREGIONALE CRS

Interregionale Blutspende SRK AG

Ringversuchszentrum (RVZ) | Centre d'essais d'aptitude (CEA)
 ☒ Postfach | 3001 Bern
 ☒ Murtenstrasse 133 | 3008 Bern
 iblutspende.ch | ringversuche@itransfusion.ch | T +41 31 384 23 00

TN-Nr. | N° participant:

(leer lassen /laisser libre)

Inscription pour la participation aux essais d'aptitude

Veillez cocher votre choix:

IMMUNO-HÉMATOLOGIE	CHF/an	MARQUEURS INFECTIEUX	CHF/an
Immuno-hématologie I ▪ 1013.00 ABO groupe sanguin et antigène D ▪ 1288.00 Erythrocytes alloanticorps test de recherche ▪ RhD	s1 374.00	HBsAg	b 319.00
		Anti-HBs	ß 319.00
Immuno-hématologie II ▪ Immuno-hématologie I - 1013.00, 1288.00, RhD ▪ 1744.00 Test de compatibilité	s2 462.00	Hépatite B sérologie HBsAG, Anti-HBs, Anti-HBc, HBeAG, Anti-HBe	B 429.00
		Anti-HBc IgM	m 110.00
Immuno-hématologie III ▪ Immuno-hématologie II - 1013.00, 1288.00, RhD, 1744.00 ▪ 1286.00 Erythrocytes alloanticorps spécification	s3 528.00	HBsAG, Anti-HCV, Anti-HIV-1/-2	combi 935.00
		Anti-VHC	c 319.00
AKID Pas de paramètre des contrôles de qualité obligatoires selon QUALAB. 2 échantillons, 1 envoi par an.	a 150.00	Anti-VIH-1/-2	v 319.00
		Anti-Treponema pallidum	t 319.00

Version deutsch auf Rückseite

- 4 x 3 échantillons par an, expéditions selon calendrier (publiées sous www.itransfusion.ch → [Essais d'aptitude](#)).
- Emballage et envoi par poste: en Suisse CHF 28 par an, à l'étranger CHF 80 par an. L'envoi souhaité par service de messagerie est à la charge du participant.
- Les prix indiqués sont valables par année civile. Tous les prix s'entendent hors TVA de 8.1%.
- Des informations plus détaillées sur les essais d'aptitude se trouvent dans les conditions générales (publiées sous www.itransfusion.ch → [Essais d'aptitude](#)).

Institution/Laboratoire: _____

Rue: _____

CP | Lieu: _____

Téléphone: _____ GLN laboratoire: _____

No RCC: _____ GLN du No RCC: _____

Responsable laboratoire: _____

Personne de contact: _____

E-Mail (1 adresse e-mail principale): _____

Par votre signature, vous confirmez que vous acceptez les conditions générales (publiée sous www.itransfusion.ch → [Essais d'aptitude](#)). L'original de l'inscription doit être envoyé à l'adresse postale de la Transfusion Interrégionale CRS SA.

Lieu, date

Timbre et signature

Remarques: _____