



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:

Ringversuch	CHF/Jahr	Ringversuch	CHF/Jahr
Immunhämatologie I ▪ 1013.00 ABO-Blutgruppen und Antigen D Bestimmung ▪ 1288.00 Erythrozyten Alloantikörper, Suchtest ▪ Rhesusphänotyp	s 340.00	Immunhämatologie III ▪ Immunhämatologie II ▪ 1286.00 Erythrozyten Alloantikörper, Spezifizierung	s 480.00
Immunhämatologie II ▪ Immunhämatologie I ▪ 1744.00 Verträglichkeitsprobe	s 420.00	AKID Kein Parameter der obligatorischen Qualitätskontrolle gemäss Qualab	a 90.00
HBsAg	b 290.00	Anti-HEV IgG	E 290.00
Anti-HBs	B 290.00	Anti-HEV IgG und IgM	EE 390.00
Hepatitis B Serologie HBsAG, Anti-HBs, Anti-HBc, HBeAG, Anti-HBe	B 390.00	Anti-CMV IgG	c 290.00
Anti-HBc IgM	m 100.00	Anti-CMV IgG und IgM	CC 390.00
HBsAG, Anti-HCV, Anti-HIV-1/-2	850.00	Anti-Rubella IgG	R 290.00
Anti-HCV	c 290.00	Anti-Rubella IgG und IgM	RR 390.00
Anti-HIV-1/-2	v 290.00	Anti-T. gondii IgG	T 290.00
Anti-T. pallidum	t 290.00	Anti-T. gondii IgG und IgM	TT 390.00
Anti-HAV Total (IgG + IgM)	A 290.00	Anti-VZV IgG	V 290.00
Anti-HAV Total und IgM	AA 390.00		

- 4 x 3 Proben pro Jahr gem. Terminplan (publiziert auf www.iblutspende.ch → Ringversuchszentrum).
- Verpackung und Transport Inland 20.- pro Jahr, Ausland 60.- pro Jahr.
- Die angegebenen Preise gelten pro Jahr. Alle Preise verstehen sich exklusive MWST von 7.7 %.
- Ausführlichere Informationen zu den einzelnen Ringversuchen sind in den AGB zu finden (publiziert auf www.iblutspende.ch → Ringversuchszentrum).

Institution/Labor: _____

Zuständige Person: _____

Strasse | PLZ | Ort: _____

Telefon: _____ Email: _____

ZSR-Nr.: _____ GLN-Nr.: _____

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: _____



Inscription pour la participation aux essais d'aptitude

Veillez cocher votre choix:

Essais d'aptitude	CHF/an	Essais d'aptitude	CHF/an
Immuno-hématologie I ▪ 1013.00 ABO, groupe sanguin et antigène D ▪ 1288.00 Erythrocytes, allo-anticorps, test de recherche ▪ Rhésus phénoype	s 340.00	Immuno-hématologie III ▪ Immuno-hématologie II ▪ 1286.00 Erythrocytes, allo-anticorps, spécification	s 480.00
Immuno-hématologie II ▪ Immuno-hématologie I ▪ 1744.00 Test de compatibilité	s 420.00	AKID Pas de paramètre des contrôles de qualité obliatoires selon QUALAB	a 90.00
HBsAg	b 290.00	Anti-VHE IgG	E 290.00
Anti-HBs	β 290.00	Anti-VHE IgG et IgM	EE 390.00
Sérologie hépatite B HBsAG, Anti-HBs, Anti-HBc, HBeAG, Anti-HBe	B 390.00	Anti-CMV IgG	c 290.00
Anti-HBc IgM	m 100.00	Anti-CMV IgG et IgM	CC 390.00
HBsAG, Anti-VHC, Anti-VIH-1/-2	850.00	Anti-Rubéole IgG	R 290.00
Anti-VHC	c 290.00	Anti-Rubéole IgG et IgM	RR 390.00
Anti-VIH-1/-2	v 290.00	Anti-T. gondii IgG	T 290.00
Anti-T. pallidum	t 290.00	Anti-T. gondii IgG et IgM	TT 390.00
Anti-VHA Total (IgG + IgM)	A 290.00	Anti-Varicelle IgG	V 290.00
Anti-VHA Total et IgM	AA 390.00		

- 4 x 3 échantillons par an, expéditions selon calendrier (publiées sur www.itransfusion.ch → Centre d'essais d'aptitude).
- Emballage et transport en Suisse 20.- par an, à l'étranger 60.- par an.
- Les prix indiqués sont par an. Tous les prix s'entendent hors TVA de 7.7%.
- Des informations plus détaillées sur les essais d'aptitude se trouvent dans les conditions générales (publiées sur www.itransfusion.ch → Centre d'essais d'aptitude).

Institution/Laboratoire: _____

Personne responsable: _____

Rue | CP | Lieu: _____

Téléphone: _____ Email: _____

No RCC: _____ No GLN: _____

Par votre signature vous confirmez que vous acceptez les conditions générales (publiées sur www.itransfusion.ch → Centre d'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: _____