

Service

Ansprechpartner: _____

Rechnungsanschrift: _____

Telefon/email: _____

Projekt: _____

Verantwortlicher Leiter: _____

Datum: _____

Art der Leistung:

- Gentle MACS []
- Manual MACS Sort []
- AutoMACS Sort []
- Aria Flow Sort []
- Flow Cytometry []
- Pre-run analysis []

Zeitaufwand: von: _____ **bis:** _____

von: _____ **bis:** _____

ergibt: _____ **Stunden**

Unterschrift (User): _____ [Name]

Unterschrift (Operator): _____ [Name]