



Bestellformular Affymetrix-Service

(Stand: 01/2018)

Bitte drucken Sie dieses Formular aus. Um eine rasche Abarbeitung Ihres Auftrages zu gewährleisten, bitten wir Sie, alle zutreffenden Felder möglichst vollständig auszufüllen.

Schicken oder faxen Sie dann alle Seiten **unterschieden** an diese Adresse:

Kompetenzzentrum für Fluoreszente Bioanalytik (KFB)
Dr. Thomas Stempf
Am BioPark 9
D - 93053 Regensburg

Tel: +49 (0)941 / 943-5011
Fax: +49 (0)941 / 943-5018
Email: info@kfb-regensburg.de

• Auftraggeber (für Rechnungsstellung)

Titel: _____ Nachname: _____ Vorname: _____

Firma/Institut: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Email: _____

Umsatzsteuer-Id-Nr. (nur EU-Ausland): _____

KFB-Angebotsnummer: _____ (z.B. KFB170621B)

Auftrags- oder Projektnummer (falls zutreffend): _____

Apothekenummer (nur Auftraggeber aus dem Uniklinikum Regensburg): _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dieses Formular nach bestem Wissen ausgefüllt zu haben.

Datum: _____ Unterschrift Auftraggeber: _____

• Auftragsdetails

Probenanzahl: _____

Organismus: _____

Arraytyp (siehe <http://www.Affymetrix.com>): _____

Voraussichtliches Datum der Probenanlieferung: _____

Probenart (RNA / DNA / Zellpellets / Gewebe): _____

Bei RNA / DNA:

Welche Extraktionsmethode wurde verwendet?

- Trizol und verwandte Methoden
 Säulenreinigung (z.B. Qiagen RNeasy)
 sonstige _____

Bei Zellen oder Gewebeproben:

- Handelt es sich um potenziell infektiöses Material? **Ja** **Nein**

Falls Ja, bitte erläutern: _____

- Handelt es sich um gentechnisch veränderte Organismen (GVO) im Sinne von § 3 GenTG:

Ja **Nein**

Falls Ja, bitte erläutern: _____

• KFB-Zusatzservice

RNA-Isolierung durch KFB: **Ja** **Nein**

Rücksendung evtl. vorhandener Probenreste nach der Hybridisierung: **Ja** **Nein**

• Datenanalyse

Standard-Datenauswertung (Original Bilddateien (.CEL), Qualitäts-Report, annotierte Ergebnisdatei im .TXT oder .XLSX-Format mit *Fold Change*-Berechnung): **Ja** **Nein**

Erweiterte funktionelle und statistische Auswertung (ggf. nach Absprache möglich): **Ja** **Nein**

• **Probendetails** (Bitte jede Probe einzeln eintragen! Bei Bedarf Seite bitte mehrfach ausdrucken. Bei größeren Projekten, oder im Falle komplexer experimentellen Designs bitte eine .xlsx-Datei an info@kfb-regensburg.de mailen, mit Verweis auf die KFB-Angebotsnummer.

PROBE NR. ____:

Eindeutiger Probenname: _____

Probenkonzentration [$\mu\text{g}/\mu\text{L}$]: _____

Volumen [μL]: _____

Name der zugehörigen Kontrollprobe(n) für Vergleichsanalyse (falls zutreffend):

Anmerkungen: _____

PROBE NR. ____:

Eindeutiger Probenname: _____

Probenkonzentration [$\mu\text{g}/\mu\text{L}$]: _____

Volumen [μL]: _____

Name der zugehörigen Kontrollprobe(n) für Vergleichsanalyse (falls zutreffend):

Anmerkungen: _____

PROBE NR. ____:

Eindeutiger Probenname: _____

Probenkonzentration [$\mu\text{g}/\mu\text{L}$]: _____

Volumen [μL]: _____

Name der zugehörigen Kontrollprobe(n) für Vergleichsanalyse (falls zutreffend):

Anmerkungen: _____

PROBE NR. ____:

Eindeutiger Probenname: _____

Probenkonzentration [$\mu\text{g}/\mu\text{L}$]: _____

Volumen [μL]: _____

Name der zugehörigen Kontrollprobe(n) für Vergleichsanalyse (falls zutreffend):

Anmerkungen: _____