

# Bestellformular Antigen Service

Seramun Diagnostica GmbH



Spreenhagener Str. 1

15754 Heidesee

Tel./ Fax: +49-33767-791-10 /99

E-mail: [orders@seramun.com](mailto:orders@seramun.com)

## Kunde (Adresse/Stempel)

## Kontaktperson

Firma/Institution ..... Name .....

Abteilung ..... Tel./-Fax: .....

Straße/Hausnummer ..... E-Mail: .....

PLZ, Ort ..... Angebots-Nr: .....  
(falls vorhanden)

<b>Antigen Information</b>	
Antigen Name:	
Antigen Größe: (MW in kDa ohne tag; full length oder Fragment (Aminosäure-Position))	
Zugangsnummer (UniProt oder GenBank):	
Spezies:	
Gensynthese durch Unterlieferant	<input type="checkbox"/>
DNA/Plasmid durch Kunde bereitgestellt	<input type="checkbox"/>
Verwendungszweck: Assay Entwicklung <input type="checkbox"/> Immunisierung <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/>	
bitte spezifizieren:	
Antigen Menge (mg):	

<b>Projekt-Information</b>	
Reinigung*:	GST <input type="checkbox"/> His-tag <input type="checkbox"/>
andere <input type="checkbox"/> bitte spezifizieren:	
Expressionssystem:	<i>E.coli</i> <input type="checkbox"/> Insektenzellen <input type="checkbox"/>
Qualitätskontrolle*:	SDS-PAGE + BCA-Assay enthalten
andere <input type="checkbox"/> bitte spezifizieren:	
Zusätzlicher Service*	<input type="checkbox"/> bitte spezifizieren:
Zusätzliche Dokumente*	<input type="checkbox"/> bitte spezifizieren:

\* zusätzlicher Service kann weitere Kosten verursachen

Bestellung wurde aufgegeben                       Bitte senden Sie ein Angebot

Nach Möglichkeit bitte biologische Sicherheitsstufe der Sequenz angeben:                      S 1  Sicherheitsstufe unbekannt

Datum, Unterschrift:.....