



Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Arbets- och miljömedicin
Miljökemiska Laboratoriet
Box 414
405 30 Göteborg
Fax: 031-40 97 28

Vårt registreringsnr: _____
Ankomstdatum: _____
Sign: _____

BESTÄLLNING AV ANALYS

Kontaktperson: _____ Fax: _____

Tel/Mobil: _____

e-mailadress: _____

Svarsadress: _____ _____ _____ _____ _____	Fakturaadress: _____ _____ _____ Organisationsnr (måste anges): _____
--	--

Önskad analys: _____

Begärd leveranstid: Normal EXPRESS Förbokas

Vår prov- beteckning	Er prov- beteckning	Provtag- ningsdatum	Provtag- ningsvolym (liter)	Provtag- ningstid (min)	Kommentar

Frågeställning: _____

Arbetsplats _____

Datum för avsändning av prover: _____

Ifylles av laboratoriet

Sid 2 (2)

UPPDRAGSLOGG

	Datum	Sign.	Kommentarer
Analyserat	_____	_____	_____
Svar avsänt	_____	_____	_____

DEBITERINGSUNDERLAG:

Utförd analys: _____

Analyserade ämnen: _____

		Kostnad
Antal prov _____	Antal ämnen _____	_____
Antal prov _____	Antal ämnen _____	_____
Provtagningsutrustning _____		_____
_____		_____
_____		_____
_____		_____
Frakt att fakturera _____		_____

TOTALT BELOPP:

Faktura utsänd: _____ Sign: _____