



## FÖLJESEDEL

# Cryptosporidium & Giardia filteranalys

Ankomstdag:	Ankomsttid:
Temp. vid ankomst:	Signatur:

### FÄLT MÄRKTA MED:

\* är obligatorisk information (Texta) | \*\* se vår prislista för aktuella priser

UPPDRAGSGIVARE = RAPPORT- OCH FAKTURAMOTTAGARE	
Kundnummer:	
Företag: *	
Adress: *	
Postnr: *	Ort: *
E-post: *	
Telefon: *	Org.nr: *
Rapportleverans: *	<input type="checkbox"/> E-post: <input type="checkbox"/> Pappersrapport **

REFERENSER:	
Prislistekod/offertnr: (Max 10 tecken)	Projektkod:
Fakturareferens: (Max 20 tecken)	
KOPIEMOTTAGARE: <input type="checkbox"/> E-POST <input type="checkbox"/> EXTRA PAPPERSKOPIA **	
Företag:	
Adress:	
Postnr:	Ort:
E-postadress:	

FILTERHUS (ANGE 1, 2, 3 ELLER 4) *	PROVPUNKTENS BENÄMNING (TEX RÅVATTEN ELLER UTGÅENDE RENVATTEN *)	ANTAL LITER SOM PASSERAT FILTRET *	DATUM OCH TIDPUNKT DÅ PROVTAGNINGEN STARTADE *	DATUM OCH TIDPUNKT DÅ PROVTAGNINGEN AVSLUTADES *
Filterhus nr:				
Filterhus nr:				
Filterhus nr:				
Filterhus nr:				
Filterhus nr:				
Provtagarens namn *:	Telefon till provtagare *:			

BESKRIVNING	BESTÄLLNINGSKOD
Cryptosporidium och Giardia	DVM012 (V)
Enbart Giardia	GIARDF (V)
Enbart Cryptosporidium	CRYPTF (V)

\* Prov med signerad följesedel från kund gäller som beställning av analysjänst. Betalningsvillkor är 30 dagar, dröjsmålsränta debiteras med referensränta +8%.  
För prislista, försäljningsvillkor och övrig information se [www.sgsanalytics.se](http://www.sgsanalytics.se). Kontakta kundservice för information om analys ska påbörjas lördag, söndag eller helgdag.

Datum:	Uppdragsgivarens signatur. Ovanstående villkor godkännes: *	Namnförtydligande:
--------	---	--------------------

För information angående beställning besök [sgsanalytics.se](http://sgsanalytics.se)  
eller kontakta kundservice på ditt laboratorium.