

Uppdragsgivare
Företag:
Kontaktperson:
Telefon:
E-post:

Fakturainformation
Faktureringsadress:
Övrig information som önskas på fakturan:

Acceptansgränser/övriga gränser
<input type="checkbox"/> Enligt överenskommelse
<input type="checkbox"/> Ingen gräns <input type="checkbox"/> Enligt nedan:

Provförvaring
<input type="checkbox"/> Rumstemperatur
<input type="checkbox"/> Kyl
<input type="checkbox"/> Mörkt
<input type="checkbox"/> Frys

Övrig information:
tex pooling av prover, stabilitetsst4d5e

Ankom PharmaControl:

Analysvar skickas till (om annan än ovan)
E-post:
Postadress:

Önskad text på analysvar
Utöver nedanstående provinformation

Provnummer	Bråttoprov *	Provinformation (obs! ett prov per rad)					Önskad analys										PharmaControl	
		Produktnamn, art nr	Kundens analysnummer	Satsnummer	antal prov, volym, vikt	Koncentration (sterilkontroll, endotoxin)	TAMC	TYMC	Endotoxin	Sterilkontroll	E. coli	Salmonella	S. aureus	P. aeruginosa	C. albicans	Bile-tolerant		Anaerobier
1	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etikett PharmaControl
2	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etikett PharmaControl
3	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etikett PharmaControl
4	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etikett PharmaControl
5	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etikett PharmaControl

* extra kostnad tillkommer för bråttoprover
Signerad följesedel gäller som beställning av analystjänst.

Datum	Uppdragsgivarens namnteckning	Namnförtydligande
-------	-------------------------------	-------------------