

Följesedel – Vatten

Uppdragsgivare	Fakturainformation
Företag:	Faktureringsadress:
Kontaktperson:	Övrig information som önskas på fakturan:
Telefon:	
E-post:	
Analys svar skickas till (om annan än ovan)	Önskad text på analys svar (utöver provininfo nedan)
E-post:	
Postadress:	

Provnummer	Provinformation (obs! ett prov per rad)				Önskad analys			PharmaControl
	Provmärkning	Kundens analysnr/ Tappställe	Vattenkvalité	Provtagningsdatum	Totalantal	Endotoxin	Kemanalys	
1					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etikett PharmaControl
2					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etikett PharmaControl
3					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etikett PharmaControl
4					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etikett PharmaControl
5					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etikett PharmaControl

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

Övrig information:

Ankom PharmaControl:

Signerad följesedel gäller som beställning av analystjänst.

Datum	Uppdragsgivarens namnteckning	Namnförtydligande