

Substratbeställning

Beställare	Fakturainformation
Företag:	Faktureringsadress:
Kontaktperson:	
Telefon:	
E-post:	
Certifikat skickas till (om annan än ovan)	Övrig information som önskas på fakturan:
E-post:	
Postadress:	

Substratspecifikation		
Substratets namn:		
Volym substrat:	Volym förpackning:	Antal:
Förpackning		
<input type="checkbox"/> Glasflaska <input type="checkbox"/> Plastflaska <input type="checkbox"/> Glasrör med huv <input type="checkbox"/> Övrigt:		
<input type="checkbox"/> Kapsylerat <input type="checkbox"/> Skruvlock		
Aseptiskt förpackat Klass B (i påsar) <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Dubbel		
Övriga noteringar:		
Leverans önskas:		

Signerad blankett gäller som beställning.

Datum	Beställarens namnteckning	Namnförtydligande

PharmaControls noteringar:			
Beställning mottagen:			
Skickat datum:	Satsnummer:	Skickat antal:	Infört i listan: