

Följesedel – Sterilkontroll och Endotoxin

Uppdragsgivare	Fakturainformation
Företag:	Betalande företag:
Kontaktperson:	Övrig information som önskas på fakturan:
Telefon:	
E-post:	
Analysvar skickas till (om annan än ovan)	Önskad text på analysvar
E-post:	
Postadress:	

Provmärkning (Produkt, art nr, sats, volym, vikt, koncentration, mm)	Antal enheter	Önskad analys		PharmaControl
		Sterilkontroll	Endotoxin	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etikett PharmaControl
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etikett PharmaControl
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etikett PharmaControl
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etikett PharmaControl
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etikett PharmaControl
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etikett PharmaControl

Acceptansgränser/övriga gränser	Provförvaring
<input type="checkbox"/> Enligt specifikation/överenskommelse <input type="checkbox"/> Ingen gräns <input type="checkbox"/> Enligt nedan:	<input type="checkbox"/> Rumstemperatur <input type="checkbox"/> Kyl <input type="checkbox"/> Frys

Övrig information:

Ankom PharmaControl:

Signerad följesedel gäller som beställning av analystjänst.

Datum	Uppdragsgivarens namnteckning	Namnförtydligande