

Ankomstdag	Ankomsttid
Temp. ved ankomst	Signatur

Tekst!

Felt som er markert med * er obligatorisk informasjon

	KONTAKTPERSON 1 *	KONTAKTPERSON 2
Firma/Navn		
Tittel		
E-post faktura/rapport		
Mobilnummer		

NR	OPPLYSNINGER	NÆRINGSMIDDEL/ MILJØ * (TEKST SOM KOMMER PÅ RAPPORT)	ANALYSE*	ANALYSE *
	Produkt: Dato: Merk: Referanse:		<input type="checkbox"/> Kimtall <input type="checkbox"/> E-coli <input type="checkbox"/> Koliforme bakterier <input type="checkbox"/> Enterobacteriaceae <input type="checkbox"/> Bacillus cereus <input type="checkbox"/> Termotolerante koliforme bakt. <input type="checkbox"/> Listeria monocytogenes <input type="checkbox"/> Koagulasepositive Stafylokokker	<input type="checkbox"/> Clostridium perfringens <input type="checkbox"/> Gjær <input type="checkbox"/> Mugg <input type="checkbox"/> Salmonella <input type="checkbox"/> Annet _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
	Produkt: Dato: Merk: Referanse:		<input type="checkbox"/> Kimtall <input type="checkbox"/> E-coli <input type="checkbox"/> Koliforme bakterier <input type="checkbox"/> Enterobacteriaceae <input type="checkbox"/> Bacillus cereus <input type="checkbox"/> Termotolerante koliforme bakt. <input type="checkbox"/> Listeria monocytogenes <input type="checkbox"/> Koagulasepositive Stafylokokker	<input type="checkbox"/> Clostridium perfringens <input type="checkbox"/> Gjær <input type="checkbox"/> Mugg <input type="checkbox"/> Salmonella <input type="checkbox"/> Annet _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
	Produkt: Dato: Merk: Referanse:		<input type="checkbox"/> Kimtall <input type="checkbox"/> E-coli <input type="checkbox"/> Koliforme bakterier <input type="checkbox"/> Enterobacteriaceae <input type="checkbox"/> Bacillus cereus <input type="checkbox"/> Termotolerante koliforme bakt. <input type="checkbox"/> Listeria monocytogenes <input type="checkbox"/> Koagulasepositive Stafylokokker	<input type="checkbox"/> Clostridium perfringens <input type="checkbox"/> Gjær <input type="checkbox"/> Mugg <input type="checkbox"/> Salmonella <input type="checkbox"/> Annet _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

Produkt: Dato: Merk: Referanse:		<input type="checkbox"/> Kimtall <input type="checkbox"/> E-coli <input type="checkbox"/> Koliforme bakterier <input type="checkbox"/> Enterobacteriaceae <input type="checkbox"/> Bacillus cereus <input type="checkbox"/> Termotolerante koliforme bakt. <input type="checkbox"/> Listeria monocytogenes <input type="checkbox"/> Koagulasepositive Stafylokokker	<input type="checkbox"/> Clostridium perfringens <input type="checkbox"/> Gjær <input type="checkbox"/> Mugg <input type="checkbox"/> Salmonella <input type="checkbox"/> Annet _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

Faktura merkes: _____

Kommentar til laboratoriet _____

Dato/signatur: _____

Når prøvemateriell og signert følgeskjema fra kunde er mottatt, gjelder dette som bestilt analysetjeneste.

Utfylt følgeskjema sendes til: no.hn.kundeservice@sgs.com evt. leveres med prøven