

Mottatt dato:	Ankomsttid:
Ordrenr.:	Signatur:

Bestillingsskjema KJEMISK ANALYSE

Kundedata	
Firma*	
Kontaktperson*	
Adresse/postnr*	
E-post*	
Telefon*	
Rapportlevering*	<input type="checkbox"/> E-post <input type="checkbox"/> Papirkopi
Engelsk rapport	<input type="checkbox"/>

Kundedata	
Bestillingsnummer	
Fakturamottaker*	
Fakturaadresse*	
Faktura*	<input type="checkbox"/> EHF <input type="checkbox"/> E-post Adresse: <input type="checkbox"/> Papir
Tilbudsnummer	
Org. Nummer*	
Prosjekt	

* Må fylles ut!

	Prøvemerkning	Prøvetype	Prøvetakings-dato
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Hva skal analyseres/parameter	Prøvenummer*						
	1	2	3	4	5	6	7
	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved behov for rask levering, ta kontakt for å avtale leveringstid på de ulike analysene. Ellers gjelder standard analysetid.	<i>HAST (+50%)</i>	<input type="checkbox"/>	<i>EKSPRESS (+100%)</i>	<input type="checkbox"/>			

* Merk av for hvilke parameter som skal bestemmes i hver prøve.

Annen informasjon til laboratoriet		
Er materialet helsefarlig?: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis Ja: Er det levert HMS-datablad?: <input type="checkbox"/>		
Kommentar(er):		
Signatur:	Dato:	Side 2 følger <input type="checkbox"/>

	Prøvemerkning	Prøvetype	Prøvetakings- dato
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

Hva skal analyseres/parameter	Prøvenummer*						
	8	9	10	11	12	13	14
	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

* Merk av for hvilke parameter som skal bestemmes i hver prøve.