

AUTOKLAAVI EFEKTIIVSUSE KONTROLL. TELLIMISLEHT Nr.

Autoklaavi nimetus: **maht:**

Täiendavad andmed:

Proovivõtja (nimi, telefon):

Proovivõtu kuupäev:.....**kellaeg:**

MIKROBIOLOOGILISED UURINGUD

Ampulli asetus	Ampulli nr
üleval
keskel
all

Proovi tellija:.....**tel:**.....

Tellija aadress:.....

Maksmise viis : arvega sularahas **Protokollitõlge:** inglise keeles vene keeles

Maksja : **Reg.nr.**.....

Maksja aadress:

Vastuse saamine: postiga aadressil:.....

e-mail (PDF):

laboris (teade saata: e-mail / tel)

Garanteerime tähtaegse tasumise analüüside eest. Tellija nimi ja allkiri:.....

Proovi üleandmise kuupäev.....20.... **kellaeg**..... **üleandja nimi/ allkiri:**

Proovi seisund laborisse saabumisel:

Proovi vastuvõtu kuupäev.....20.... **kellaeg**..... **vastuvõtja nimi/ allkiri:**

Proovi kood laboris: