

ANALYSBESTÄLLNING

Er referens: _____ Provtagningsdatum: _____

Prover från: _____

Kostnaden debiteras:

Analysresultat sändes till:

Företag	_____	Företag	_____
Att.	_____	Att.	_____
Adress	_____	Adress	_____
	_____	Postnr. & Ort	_____
Postnr. & Ort	_____	Telefon	_____
Konto	_____	E-post	_____

Genom att använda vår analysbeställning godkänner du vår integritetspolicy (se vår hemsida)

ÖNSKADE ANALYSER

- | | | |
|---|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Totaldamm / respirabelt damm | 4. <input type="checkbox"/> Fiberräkning
<i>ange volym nedan</i> | 7. <input type="checkbox"/> Lösningsmedel
<i>ange vilken/vilka nedan</i> |
| 2. <input type="checkbox"/> Inhalerbart damm
<i>IOM-provtagare</i> | 5. <input type="checkbox"/> Metallpaket | 8. <input type="checkbox"/> Övrigt |
| 3. <input type="checkbox"/> Respirabelt kvarts | 6. <input type="checkbox"/> Enstaka metaller
<i>ange vilken/vilka nedan</i> | |

Provnr.	Önskad analys	Volym	
---------	---------------	-------	--

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

OBS! Skriv upp alla filternummer och markera även de som är kasserade eller oanvända.
Var vänlig och returnera de filter som har utgått!

Svarstid:

Normal 5-10 arbetsdagar (våra egna analyser)

Express Expressvar önskas per Telefon _____

FÖRVARNA OSS GÄRNA VID EXPRESS

eller E-post _____

Vid användning av externt lab eventuellt längre svarstid

Proverna skickas till:
SVENSK ARBETSHYGIEN AB
Box 324
641 23 KATRINEHOLM
Tel. 0150-142 30

Besöksadress:
SVENSK ARBETSHYGIEN AB
Vingåkersvägen 10
641 51 KATRINEHOLM