SVENSK ARBETSHYGIEN AB
www.svenskarbetshygien.se

Dnr. _____

Inkom _____
Laboratoriets noteringar

ANALYSBESTÄLLNING

Er referens: _____ ***Provtagningsdatum:*** _____

Prover från: _____

Kostnaden debiteras:

Företag _____

Att. _____

Adress _____

Postnr. & Ort _____

Ordernr _____

Analysresultat sändes till:

Företag _____

Att. _____

Adress _____

Postnr. & Ort _____

Telefon _____
E-post

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

ÖNSKADE ANALYSER

1. ☐	Totaldamm / respirabelt damm	4. ☐	Fiberräkning *ange volym nedan*	7. ☐	Lösningsmedel *ange vilken/vilka nedan*
2. ☐	Inhalerbart damm *IOM-provtagare*	5. ☐	Metallpaket	8. ☐	Kvävedioxid (NO_2)
3. ☐	Respirabelt kvarts	6. ☐	Enstaka metaller *ange vilken/vilka nedan*	9. ☐	Övrigt

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!

Önskad svarstid

Expressanalys ☐
Svar med vändande post
Förvarna oss gärna vid expressanalys!

Normalanalys ☐ 5-10 arbetsdagar (våra egna analyser)

Svar 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