

ANALYSBESTÄLLNING

Referens, fakturamärkning: _____ Provtagningsdatum: _____

Prover från: _____

Kostnaden debiteras:
Analysresultat sändes till:

Företag _____

Företag _____

Att. _____

Att. _____

Adress _____

Adress _____

Postnr. & Ort _____

Postnr. & Ort _____

Telefon _____

Telefon _____

E-post _____

E-post _____

Org nr _____

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

ÖNSKADE ANALYSER

- | | | |
|---|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Respirabelt damm | 4. <input type="checkbox"/> Respirabelt kvarts | 7. <input type="checkbox"/> Metallpaket |
| 2. <input type="checkbox"/> Inhalerbart damm
<i>IOM-provtagare</i> | 5. <input type="checkbox"/> Fiberräkning
<i>ange <u>alltid</u> volym</i> | 8. <input type="checkbox"/> Enstaka metaller
<i>ange vilken/vilka</i> |
| 3. <input type="checkbox"/> Totaldamm | 6. <input type="checkbox"/> Kvävedioxid (NO ₂) | 9. <input type="checkbox"/> Övrigt |

Längre svarstid vid förmedlade prover

ÖNSKAD SVARSTID

 Expressanalys

 Normalanalys 5-10 arbetsdagar (våra egna analyser)

Förvarna oss gärna vid expressprover

Uppgifter om provmärkning och lyftvolym fylls i på sidan 2.

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

Besöksadress:
 EUROFINS ARBETSHYGIEN
 Vingåkersvägen 10
 641 51 KATRINEHOLM

Ifylls av beställare			Ifylls av laboratoriet			
Provnr/provmärkning	Analys	Luftvolym	mg/prov	mg/m ³		
Övrig information till lab						
Analysrapport mailad datum/sign:			Övrig kommentar:			
Fakturanr:						