

Inkom _____

Datum och tid (vid express)

Laboratoriets noteringar

ANALYSBESTÄLLNING AV MATERIALPROVER

Referens, fakturamärkning: _____ Provtagningsdatum: _____

Prover från/ ordernr: _____
 Provtagningsplats

Kostnaden debiteras:

Analysresultat sändes till:

Företag _____

Företag _____

Att. _____

Att. _____

Adress _____

Adress _____

Postnr. & Ort _____

Postnr. & Ort _____

Telefon _____

Telefon _____

E-post _____

E-post _____

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

1. **ASBESTIDENTIFIERING**

2. Övrigt _____

| Provmärkn. | Önskad analys | Typ av material |
|------------|---------------|-----------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Önskad svarstid på asbestanalyser

Express – 3 timmar

Svar önskas per Telefon _____

2 dagar

eller E-post _____

5 dagar

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

Besöksadress:
 EUROFINS ARBETSHYGIEN
 Vingåkersvägen 10
 641 51 KATRINEHOLM

