

BESTÄLLNING AV LIVSMEDELSANALYS

Obs! Boka tid för inlämning av prov

Ifylles av laboratoriet:

Provnummer:

Mottaget datum/kl:

Signatur:

Beställare	Namn:		Betalare (om annan än beställaren)	Namn:			
	Adress:			Adress:			
	Postnummer och -adress:			Postnummer och -adress:			
	Telefon:	E-post:		Telefon:			
	Kontaktperson:	Kopiemottagare:		Kontaktperson:			

Provtagare:			Provtagningsdatum:				
Lab-nummer	Provtagningsplats	Provets art	Provmärkning	Provtagnings-tidpunkt	Tillverkningsdag	Bäst före/sista försäljningsdag	Ange önskade analyser (se nr nedan)

Analyser	1. Aeroba mikroorganismer*	5. Jäst och Mögel*	9. Salmonella*	Övrigt: _____
	2. Bacillus cereus*	6. Koliforma bakterier* _____ °C	10. Koagulaspositiva stafylokker*	Övrigt: _____
	3. E. coli*	7. Listeria kvalitativt*	11. Clostridium perfringens*	
	4. Enterobacteriaceae*	8. Listeria kvantitativt*	12. Termotoleranta koliforma bakterier*	* = ackrediterad metod

Anledning	<input type="checkbox"/> Ingår i företagets egenkontroll	<input type="checkbox"/> Myndighetsundersökning	<input type="checkbox"/> Annan anledning: _____
	<input type="checkbox"/> Hållbarhetsundersökning: Analysdatum: _____		Förvaringstemperatur: _____ °C