



# BESTÄLLNING AV HYGIENPROV

**Obs! FO-nummer/personsignum måste fyllas i för att provet ska kunna faktureras! En provbehandlingsavgift per analysrapport debiteras. Boka tid för inlämning av prov! Notera att e-posten inte är krypterad.**  
För information om hur ÅMHM hanterar personuppgifter se [www.amhm.ax](http://www.amhm.ax).

Ifylles av laboratoriet:

Provnummer:

U: Sign.

Mottaget datum:

kl:

M: Sign.

Signatur:

T: Sign.

<b>Beställare</b>	Namn:	FO-nummer/ Personsignum:	<b>Betalare</b> (om annan än beställaren)	Namn:
	Adress:	Postnummer och -adress:		Adress:
	Telefon:	E-post:		Postnummer och -adress:
	Kontaktperson:	Kopiemottagare:		Telefon:
	Önskar svar per: <input type="checkbox"/> e-post (ingår som standard) <input type="checkbox"/> post (avgift enligt aktuell taxa)			Kontaktperson:

<b>Uppgifter</b>	Provtagningsdatum:	Provtagare:
	<input type="checkbox"/> Svabb <input type="checkbox"/> Kontaktplattor <b>Övrigt:</b> _____	

Labnummer (lämna tomt)	Provtagningsplats	Provmärkning	Provtagnings- tidpunkt	Kryssa för önskad analys			
				Aeroba mikroorganismer	Enterobacteriaceae	Listeria monocytogenes	Övrigt
<b>Anledning</b>	<input type="checkbox"/> Ingår i företagets egenkontroll <input type="checkbox"/> Myndighetsövervakning <input type="checkbox"/> Annan anledning: _____						