

# BESTÄLLNING AV LIVSMEDELSANALYS

**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 ÅMHH hanterar personuppgifter se [www.amhm.ax](http://www.amhm.ax).

<i>Iffylles av laboratoriet:</i>	<i>U:</i>	<i>Sign.</i>
<i>Provnummer:</i>		
<i>Mottaget datum:</i>	<i>kl:</i>	<i>M:</i>
<i>Signatur:</i>		<i>Sign.</i>

<b>Beställare</b>	Namn:	<b>FO-nummer/ Personsignum:</b>	<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:

Provtagare		Namnunderskrift			Provtagningsplats			
Lab-nummer	Provets art och märkning	Förvarings-temperatur	Antal för-packningar	Provtagningsdag och klockslag	Önskad analysdag	Tillverkn. dag	Bäst före/sista försäljn.dag	Ange önskade analyser (se nr nedan)
<b>Analyser</b> <small>* = ackrediterad metod</small>	1. Aeroba mikroorganismer	5. Jäst och Mögel		9. Salmonella				12. Termotoleranta koliforma bakterier
	2. Bacillus cereus	7a. Listeria monocytogenes kvalitativt alt. metod		10. Koagulaspositiva stafylokker				13. Aeroba och vätesulfidproducerande bakterier i fiskprodukter
	3. E. coli	7b. Listeria monocytogenes kvalitativt ISO 11290-1		11. Clostridium perfringens				Övrigt: _____
	4. Enterobacteriaceae	8. Listeria kvantitativt ISO 11290-2						
<b>Utlåtande</b>	<input type="checkbox"/> Utlåtande (avgiftsbelagt) önskas, om gränsvärden finns <input type="checkbox"/> Utlåtande (avgiftsbelagt) önskas enligt EG nr 2073/2005 (minst 5 prov av samma produkt krävs)							
<b>Anledning</b>	<input type="checkbox"/> Ingår i företagets egenkontroll <input type="checkbox"/> Myndighetsövervakning <input type="checkbox"/> Annan anledning: _____							