

## VIZSGÁLATI MEGRENDELŐ (Élelmiszer és takarmány vizsgálatokhoz)

Laboratórium iktatószáma:	Laboratóriumba érkezés ideje:	Mintaátvevő aláírása:
<b>Ügyfél adatok:</b> név/ cím/ adószám		
<b>Kapcsolattartó adatok:</b> név/ e-mail/ telefonszám		
<b>Mintavétel helye, ideje:</b>		
<b>Mintavevő adatai:</b> név/cím/telefon	<b>Hivatkozási szám:</b>	
<b>Akkreditált mintavétel esetén nyilvántartási szám:</b>		
<b>Költségviselő adatai:</b> (ha más, mint az ügyfél):		

<b>Minta megnevezése:</b>		
<b>Minta darabszáma:</b>	<b>Minták jelzései:</b>	<b>fogyasztásra kész termékek jelzései:</b>
		<b>forgalmazásra kész termékek jelzései:</b>
		<b>gyártásközi minták:</b>
<b>Gyártási tétel azonosító:</b>	<b>Gyártás ideje:</b>	
<b>Minőségmegőrzési idő:</b>		
<b>Megrendelt vizsgálatok:</b>		

Kelt.: ..... 20.....

PH

PH

Megrendelő/ügyfél aláírása

Mintavevő aláírása

A vizsgálat költségeit vállalom, kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

8200 Veszprém, Mártírok útja 11/A. Tel.: +36 30/990 7140 E-mail: [labor@phylaxialabor.hu](mailto:labor@phylaxialabor.hu) ÜM-01-1\_3-2024-01-10