

Analysenauftrag PHARMA

Auftraggeber

Firma: _____

Kd.Nr.: _____

Strasse: _____

PLZ Ort: _____

Land: _____

Tel. Zentrale: _____

Ansprechpartner: _____

Funktion: _____

Tel. direkt: _____

E-Mail: _____

Ihre Referenz: _____

gemäss Offerte-Nr: _____

Beratung vor Analyse erwünscht

Rechnung an

Auftraggeber Folgende Adresse

Firma: _____

Ansprechpartner: _____

Strasse: _____

PLZ Ort: _____

Land: _____

E-Mail: _____

Rechnung per: E-Mail Post

Analysenbericht (E-Mail = Standard)

Deutsch Englisch

Zusätzlich per Post

Zus. Kopie per E-Mail an: _____

Probe Nr.	Probenname	Lot-/Chargen-Nr.	Anzahl Gebinde	Zusatzangaben	Lagerung bei (RT, 5°C, -20°C, Lichtgeschützt, Feuchtigkeit, Luftabschluss)
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Sicherheitshinweise (z.B.: Toxizität, R/S-Sätze, Betäubungsmittel, Biohazard, MSDS): _____

Terminangaben: Standard (≥ 5 Arbeitstage) Express (≤ 3 Arbeitstage), 50% Zuschlag Spätester Termin: _____
 (Abh. v. Prüfumfang) Bestätigte Voranmeldung nötig!

Beauftragung zur Untersuchung obiger Proben gemäss Prüfumfang (s. Rückseite).

Datum: _____

Unterschrift: _____

