

## Analysenauftrag PHARMA

Alle mit \* versehenen Formularteile enthalten Pflichtangaben und müssen für eine reibungslose Auftragserfüllung beantwortet werden.

### 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 E-Mail an:  Zusätzlich per Post

Zus. E-Mail:

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, H/P-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:

