

Formulario di richiesta per controllo Autoclavi

Pag. 1 di 1

Richiedente

Ragione sociale / Nome Cognome:

Indirizzo / CAP Luogo:

Tel: e-mail:

Fatturazione se diverso dal richiedente:

In caso di risultati non conformi rivolgersi a: tel:

Ragione sociale / Nome Cognome:

Indirizzo / CAP Luogo:

Tel: e-mail:

Rapporto di prova: ☐ Inviare per Email ☐ Inviare per posta (suppl. amministrativo) ☐ Online

Fattura ☐ Inviare per Email ☐ Inviare per posta (suppl. amministrativo) ☐ Online

Modello autoclave:

Data di sterilizzazione: Data di spedizione in laboratorio:

Le fiale devono essere rispedite al laboratorio nella medesima scatola rigida di consegna a causa della fragilità del vetro. Si consiglia di effettuare le analisi ad inizio settimana a spedire i campioni in posta A subito dopo la sterilizzazione. Le fiale di controllo possono essere richieste al Laboratorio per telefono o email. Il cliente dichiara di essere a conoscenza del tariffario di Helvetialab. Dichiara inoltre di aver letto e accettato le condizioni generali di analisi.

Accettazione da parte del cliente:

Data: Firma: Modulo di compilato online senza firma ☐

Riservato ad Helvetialab:

Trasporto conforme SI ☐°C A cura del Cliente ☐ NO ☐

Data/ora di accettazione: Firma: