

Richiedente:

Indirizzo per Rapporto di Analisi:

Indirizzo di Fatturazione:

NO.	PUNTO DI PRELIEVO	TIPO DI ANALISI						
		Superficie Germi aerobi mesofili	Superficie Lievitanti Muffe	Superficie Enterobatteri	ARIA Passivo PCA SDA		ARIA Attivo PCA SDA	

Il Committente/il Responsabile dichiara di aver eseguito il prelievo secondo le direttive contenute nelle Istruzioni e di aver preso conoscenza del Tariffario ([www.helvetialab.ch/index.php/servizi/acque potabili](http://www.helvetialab.ch/index.php/servizi/acque_potabili))

Osservazioni

Luogo e data

COMPILARE DA HELVETIALAB:

DATA E ORA DI RICEZIONE: _____

TRASPORTO CONFORME: _____

VERIFICATO DA: _____