



BESTÄLLNING AV LIVSMEDELSANALYS

En provbehandlingsavgift per analysrapport debiteras.
Vänligen notera att e-posten inte är krypterad.

Boka tid för analysdag

per telefon (0) 18 328 80
eller per e-post mikrobiologen@amhm.ax

Mottaget datum

kl

Signatur

Beställare	Namn*	FO-nummer/ Personsignum*	Betalare (om annan än beställaren)	Namn
	Adress*	Postnummer och -adress*		Adress
	Telefon*	E-post*		Postnummer och -adress
	Kontaktperson	Kopiemottagare		Telefon
	Önskar svar per* <input type="checkbox"/> e-post (ingår som standard) <input type="checkbox"/> post (avgift enligt aktuell taxa)			Kontaktperson
Namnunderskrift och namnförtydligande*				
Vänligen besök www.amhm.ax för att se hur ÅMHM Laboratoriet hanterar dina personuppgifter				

*obligatorisk uppgift

Provtagare									
Provtagningsplats	Provmärkning	Provtagningsdatum och tid	Bokad analysdag	Tillverkn.-dag	Bäst före/ sista förs.dag	Antal fp.	Förvarings-temp. °C	Ange önskade analyser (se nr nedan)	Lab nr
Analyser	1. Aeroba mikroorganismer	5. Jäst och mögel			9. Salmonella			12. Termotoleranta koliforma bakterier	
	2. Bacillus cereus	7a. Listeria monocytogenes förekomst snabbmetod			10. Koagulaspositiva stafylokocker			13. Aeroba och vätesulfidproducerande bakterier i fiskprodukter	
	3. E. coli	7b. Listeria monocytogenes förekomst ISO 11290-1			11. Clostridium perfringens				
	4. Enterobacteriaceae	8. Listeria antal ISO 11290-2 (endast i komb. med 7a el. 7b)**			Annat, vad				

**Provet fryses vid analysstart enl. 7a eller 7b

Utlåtande	<input type="checkbox"/> Utlåtande (avgiftsbelagt) önskas, om gränsvärden finns	<input type="checkbox"/> Utlåtande (avgiftsbelagt) önskas enligt EG nr 2073/2005 (minst 5 prov av samma produkt krävs)	
Anledning	<input type="checkbox"/> Ingår i företagets egenkontroll	<input type="checkbox"/> Myndighetsövervakning	<input type="checkbox"/> Annan anledning

ÅMHM LABORATORIET
Sundblomsvägen 31, AX-22150 Jomala
Tel: (0)18 328 80
E-post: laboratoriet@amhm.ax
www.amhm.ax