

FØLGESKJEMA – bestilling av analyser for utslippskontroll - avløp

 For komplett analysetilbud ta kontakt eller besøk oss på www.synlab.no

INNSENDER	
Navn	
Adresse	
Postnr./ Sted	
Telefon	
E-post adresse:	
FAKTURA TIL	
KOPI TIL	

OPPLYSNINGER OM PRØVEN	
PRØVESTED	Ved flere prøver bruk baksiden av skjema
PRØVETAKER	
PRØVETAKINGS- PERIODE	Fra: _____ til: _____ (dato, kl.slett)
<input type="checkbox"/> Stikkprøve <input type="checkbox"/> Frosset Mengdeproposjonale blandeprøver: <input type="checkbox"/> Døgn <input type="checkbox"/> Uke <input type="checkbox"/> Måned	Prøven inneholder: <input type="checkbox"/> INNLØP <input type="checkbox"/> UTLØP <input type="checkbox"/> ANNET
	Vannføring: Innløp _____ Utløp _____ Overløp _____
ETTER PRØVEPLAN/AVTALE: <input type="checkbox"/> ANALYSER i TILLEGG TIL AVTALE:	

HVLKE UNDERSØKELSER ØNSKES (Kryss av for aktuelt valg – eventuelt presiser på trukket linje))																																					
<table border="0"> <tr> <td style="background-color: #cccccc;">Ufiltrert</td> <td style="background-color: #cccccc;">Filtrert</td> </tr> <tr> <td>↓</td> <td>↓</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Total-fosfor (Tot-P)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> KOF_{Cr}</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> BOF₅</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>SS (suspendert stoff)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Total-nitrogen (Tot-N)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> pH</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fett</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tungmetaller: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Annet: _____</td> <td></td> </tr> </table>	Ufiltrert	Filtrert	↓	↓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Total-fosfor (Tot-P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> KOF _{Cr}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BOF ₅	<input type="checkbox"/>	SS (suspendert stoff)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Total-nitrogen (Tot-N)	<input type="checkbox"/> pH		<input type="checkbox"/> Fett		<input type="checkbox"/> Tungmetaller: _____		<input type="checkbox"/> Annet: _____		<table border="0"> <tr> <td style="background-color: #cccccc;">Ufiltrert</td> <td></td> </tr> <tr> <td>↓</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>TOC</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NH₄</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NO₃</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>E.coli</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Termotolerante koliforme bakterier (TKB)</td> </tr> </table> <p>Vennligst noter om en spesiell metodikk skal brukes. ALcontrol vil ellers velge den mest egnede metoden. For spesialanalyser kan akkreditert underleverandør benyttes.</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Kundens signatur</p>	Ufiltrert		↓		<input type="checkbox"/>	TOC	<input type="checkbox"/>	NH ₄	<input type="checkbox"/>	NO ₃	<input type="checkbox"/>	E.coli	<input type="checkbox"/>	Termotolerante koliforme bakterier (TKB)
Ufiltrert	Filtrert																																				
↓	↓																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Total-fosfor (Tot-P)																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> KOF _{Cr}																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BOF ₅																																				
<input type="checkbox"/>	SS (suspendert stoff)																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Total-nitrogen (Tot-N)																																				
<input type="checkbox"/> pH																																					
<input type="checkbox"/> Fett																																					
<input type="checkbox"/> Tungmetaller: _____																																					
<input type="checkbox"/> Annet: _____																																					
Ufiltrert																																					
↓																																					
<input type="checkbox"/>	TOC																																				
<input type="checkbox"/>	NH ₄																																				
<input type="checkbox"/>	NO ₃																																				
<input type="checkbox"/>	E.coli																																				
<input type="checkbox"/>	Termotolerante koliforme bakterier (TKB)																																				

FOR LABORATORIET			
Mottatt dato: / 201	Klokken:	Journalnummer:	Mottatt av (sign.):
	Temp.:		

Bestilling av flere analyser (andre opplysninger føres på fremsiden)

PRØVESTED 2		PRØVETAKER	
PRØVETAKINGS-PERIODE	Fra: _____ til: _____ (dato, kl.slett)		
<input type="checkbox"/> Stikkprøve <input type="checkbox"/> Frosset Mengdeproporsjonale blandeprøver: <input type="checkbox"/> Døgn <input type="checkbox"/> Uke <input type="checkbox"/> Måned	Prøven inneholder vann fra : <input type="checkbox"/> INNLØP <input type="checkbox"/> UTLØP <input type="checkbox"/> ANNET	Vannføring: Innløp _____ Utløp _____ Overløp _____	

PRØVESTED 3		PRØVETAKER	
PRØVETAKINGS-PERIODE	Fra: _____ til: _____ (dato, kl.slett)		
<input type="checkbox"/> Stikkprøve <input type="checkbox"/> Frosset Mengdeproporsjonale blandeprøver: <input type="checkbox"/> Døgn <input type="checkbox"/> Uke <input type="checkbox"/> Måned	Prøven inneholder vann fra : <input type="checkbox"/> INNLØP <input type="checkbox"/> UTLØP <input type="checkbox"/> ANNET	Vannføring: Innløp _____ Utløp _____ Overløp _____	

PRØVESTED 4		PRØVETAKER	
PRØVETAKINGS-PERIODE	Fra: _____ til: _____ (dato, kl.slett)		
<input type="checkbox"/> Stikkprøve <input type="checkbox"/> Frosset Mengdeproporsjonale blandeprøver: <input type="checkbox"/> Døgn <input type="checkbox"/> Uke <input type="checkbox"/> Måned	Prøven inneholder vann fra : <input type="checkbox"/> INNLØP <input type="checkbox"/> UTLØP <input type="checkbox"/> ANNET	Vannføring: Innløp _____ Utløp _____ Overløp _____	

PRØVESTED 5		PRØVETAKER	
PRØVETAKINGS-PERIODE	Fra: _____ til: _____ (dato, kl.slett)		
<input type="checkbox"/> Stikkprøve <input type="checkbox"/> Frosset Mengdeproporsjonale blandeprøver: <input type="checkbox"/> Døgn <input type="checkbox"/> Uke <input type="checkbox"/> Måned	Prøven inneholder vann fra : <input type="checkbox"/> INNLØP <input type="checkbox"/> UTLØP <input type="checkbox"/> ANNET	Vannføring: Innløp _____ Utløp _____ Overløp _____	