

PROBEN FORMULAR HPLC ANALYSE

Romer Labs Diagnostic GmbH
Technopark 1, A-3430 Tulln, EUROPE
Tel : +43 2272 61533 30
Fax : +43 2272 61533 311
E-Mail: office@quantas-analytics.at

| Ihre Kontaktanschrift: | PROBEN INFORMATION |
|------------------------|---|
| Name: | Datum der Probenziehung: |
| | Probenanzahl: |
| Adresse: | Ort: |
| | <input type="checkbox"/> Verwendung als Lebensmittel und /oder Enderzeugnis für den menschlichen Verzehr |
| Tel./Fax. | |
| Rechnungsadresse..... | Übermitteln Sie mindestens 1kg einer repräsentativen Probe* |
| | |
| | |
| | |

*bitte informieren Sie sich über die Richtlinien bezüglich der Probennahme (EG401_2006 Probennahme oder unter www.quantas-analytics.at)

PROBENBESCHREIBUNG, GEWÜNSCHTE ANALYSEN BITTE ANKREUZEN:

| Probenbezeichnung (genau spezifizieren) | RA1180 ZON | RA1050 DON | RA1060 B- Tricho | RA2181 ZON + DON | RA2090 A- Tricho | RA1070 Ergot- alkaloide | RA1140 Ochra A | RA1010 Afla | RA1081 FB ₁ , FB ₂ , | Sehr dring end* |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

***Ergebnis für ZON und B-Trichothecene innerhalb von 2 Arbeitstagen, ein Aufschlag von 50% wird verrechnet.**

ich stimme zu, daß mein zuständiger Verkaufsberater bei Romerlabs Diagnostic GmbH eine Kopie meines Prüfberichts erhält.

Datum:

Unterschrift: