

# Megrendelő kitöltési útmutató

A megrendelő kitöltése során kérem csak a sárgával jelölt sorokba írjon! A kitöltött megrendelőt aláírva, céges rendelés esetén lepecsételve is kérjük eljuttatni hozzánk fizikai (posta, mintával együtt) vagy elektronikus úton (e-mail cím: labor@galenbio.hu)

Először kérjük töltsse ki a Megbízó/Vevő oszlopot a saját adataival.



ÉLELMISZER MIKROBIOLÓGIA

MEGRENDELŐ

Ide írja be az adatait

Megbízott / Szolgáltató	
Név:	Galen Bio Kft. Vizsgálólaboratórium
Számlázási cím:	9200 Mosonmagyaróvár, Lucsony u. 15-17.
Levelezési cím:	9200 Mosonmagyaróvár, Lucsony u. 15-17.
Adószám:	HU 13396822-2-08
Kapcsolattartó neve:	Dr. Sipos-Kozma Zsófia
Kapcsolattartó tel.:	+36 30 86 77 276, +36 96 206 451
Kapcsolattartó e-mail:	labor@galenbio.hu
Galen Bio Kft. hivatkozási száma (A Galen Bio Kft. tölts ki)	
Mintavételi dátuma:	
*Sürgősségi vizsgálatot kérek	

Megbízó / Vevő	
Név/Cég név	
Számlázási cím	
Levelezési cím	
Adószám	
Kapcsolattartó neve és elérhetőségei	
Vevő rendelési száma:	
Szállítás módja:	Szállítási információk (pl: hűtött/nem hűtött)
Egyéb megjegyzés:	

FIGYELEM! Reprezentatív vizsgálati eredmény akkor adható, ha a mintavétel és annak laboratóriumba történő beszállítása között maximum 24 óra telik el.

Mintavétel dátumához kérjük írja be a minta levételének időpontját.

Sürgősségi vizsgálatot abban az esetben kérjen, ha a minta beérkezése 14:00 óra után várható és aznap szeretné a feldolgozást a gyorsabb eredmény érdekében. Ebben az esetben 20%-os sürgősségi felárat számolunk fel.

Mintavételt végzi:

Fizetés módja és határideje:

Megbízó/Vevő Galen Bio Kft.

Kérjük válassza ki, hogy Ön vagy cégünk végezze a mintavételt. Akkreditát mintavételezés során kérjük jelölje a Galen Bio Kft. opciót.

Fizetés módja és határideje:

Ajánlat szerint Szerződés szerint

Fizetési mód esetében, ha nem szerződéses partnerünk kérjük jelölje az Ajánlat szerinti opciót.

**Igen/Nem**

Helyszíni mintavétel:	<input type="checkbox"/>	Mintavételi díj / minta:	###
Kiszállási díj:			

Helyszíni mintavétel esetén írja a sárga rubrikába az Igen szót. Ha Ön veszi a mintát írja a Nem szót.

	VIZSGÁLANDÓ MINTA jellege, típusa, megnevezése, tétel azonosítója	Minták száma db	
1			kért vizsgálat
2			kért vizsgálat
3			kért vizsgálat

A sárga rubrikákba írja be a minta nevét (pl: Fehér kenyér), a narancssárga sorba az azonosítót (pl: LOT szám, Gyártási szám/időpont), a mellette lévő oszlopba az adott termékből beküldött minták számát (pl. 2 db). Kérjük különböző gyártási azonosítóval rendelkező termékeket külön sorba jelölje.

	Bacillus cereus	Cl.perfringens	Coliform	E. coli	Élesztő/penész	Enterobacteriaceae
o db Vizsgálati irányok számr						
	Igen					

A minta adatainak beírása után kérjük válassza ki a mintára vonatkozó vizsgálati irányokat. A kiválasztott vizsgálatokhoz a legördülő menüből válassza az Igen opciót. A nem szükséges vizsgálat esetében hagyja szabadon a rubrikát.

21

Staphylococcus aureus (37 °C)	A minta fogralomba hozatal céljára szánt-e?	Származási ország kódja
Igen		
Nem		

Kérjük jelölje a legördülő menüsor segítségével, hogy a termék, amelyből a minta származik forgalombahozatal céljára szánt-e, majd írja mellé a származási ország kódját (pl:Magyarország esetén HU).

A megrendelő alján kérjük töltsse ki a nevét, a keltezés helyét és időpontját.

Megjegyzés: A kiszállási díj a tényleges mintavételi körülmények függvényében változhat.

Megjegyzés: \*A 14.00 óra után érkezett minták esetében amennyiben Ön az napi feldolgozással kéri a minta vizsgálatát. Ebben az esetben vizsgálati díjtételenként 20%-os sürgősségi felárat számítunk fel.

Kelt:	<HELYISÉGNÉV>	<ÉÉÉHHNN>
-------	---------------	-----------

.....

név

aláírás