

.....  
(pieczętka i NIP apteki)

.....  
(miejsowość, data)

Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny w Katowicach  
**Laboratorium Kontroli Jakości Leków**  
ul. Raciborska 15, 40-074 Katowice  
tel./fax (32) 25 11 619

### Z L E C E N I E

#### BADANIA CZYSTOŚCI MIKROBIOLOGICZNEJ POWIETRZA I POWIERZCHNI ŁOŻY Z NAWIEWEM LAMINARNYM

1. **Data wykonania badania** .....
2. **Łoża z nawiewem laminarnym: typ :** .....  
**numer fabryczny** .....  
**rok produkcji** .....
3. **Liczba punktów pomiarowych (próbek pobranych do badania)**  
**- badanie powierzchni** .....  
**- badanie powietrza** .....

.....  
(pieczętka i podpis osoby zlecającej badanie)

.....  
(pieczętka i podpis osoby wykonującej badanie)