

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka apteki, NIP apteki, telefon

Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny
LABORATORIUM
KONTROLI JAKOŚCI LEKÓW
40-074 Katowice, ul. Raciborska 15
tel/fax 032 251 16 19

ZLECENIE
WYKONANIA BADANIA WODY OCZYSZCZONEJ
(analiza fizykochemiczna i mikrobiologiczna)

1. Data pobrania próbki do badania.....
2. Typ destylatora, numer fabryczny, rok produkcji.....
3. Nazwisko i imię osoby pobierającej próbkę.....
4. Ilość próbki pobranej do badania.....
5. Rodzaj pojemnika i sposób zabezpieczenia.....

.....
pieczętka podpis kierownika apteki