# **FORMULARZ ZLECENIA NR …../….**

LABORATHORIUM ZAKŁAD TOKSYKOLOGII I ANALIZY ŻYWNOŚCI SP. Z O.O. , Ul. Marii Skłodowskiej – Curie 55/61 pok.205, 50-369 Wrocław, tel 530 368 232

**INFORMACJE O KLIENCIE**

|  | Zleceniodawca | Dane do faktury (wypełnić jeżeli inne niż dane zleceniodawcy) |
| --- | --- | --- |
| Nazwa |  |  |
| Adres |  |  |
| NIP |  |  |
| e-mail |  |  |
| Telefon |  |  |

# **INFORMACJA O PRÓBKACH**

| NR | Nazwa próbki\*(\*podana nazwa znajdzie się na certyfikacie) | THC:CBD | THC:CBD:CBG | THC:THCA:CBD:CBDA | THC:CBD:CBG:CBN:CBC | THC:THCA:CBD:CBDA:CBG:CBC:CBN:THCv | metale ciężkie:Pb, As, Hg, Cd | badanie mikrobiol. |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |

data i podpis ………………….….