



Ifylles av laboratoriet

Ankomstdatum

Micans-nr.

Sign.

# Orderblankett

Endotoxin

Uppdragsgivare

Debiteringsadress (om annan)

Namn .....

Adress .....

Postnr/Ort .....

Tel ..... Fakturareferens .....

E-post .....

## Provtagningsuppgifter

Provtagningsdatum..... Provtagningsstid..... Provtagare.....

Provplats.....

Provtyp.....

Övrig info till laboratoriet.....

**Kundens provmärkning**

**Innehåll/förväntad endotoxinhalt (EU/mL)**

**Ifylles av laboratoriet**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Provtagningsinstruktioner och villkor:** se [www.micans.se/endotoxin](http://www.micans.se/endotoxin) eller kontakta oss  
**Leveransadress:** Micans AB, Bruksgatan 17, 435 35 Mölnlycke. (Provinlämning mån-fre kl. 8-15)  
**Kontakt:** Växel: 031-338 32 30, E-post: [analys@micans.se](mailto:analys@micans.se)