



Ankomstdatum och tid	Dnr
----------------------	-----

Fyll i med maskin eller texta tydligt.

Anläggningens namn och godkännandenummer	
Adress	Telefon
<input type="checkbox"/> Sänd analysintyget till denna e-postadress. I annat fall sänds det per post. E-postadress:	
Provtagare	Antal prover
Provtagningsdatum (dag.månad)	Provens nummer

Undersökningsorsak

<input type="checkbox"/> Egenkontroll (JSMf 316/2021)
<input type="checkbox"/> Annan, vilken?

Djurart

<input type="checkbox"/> Broiler, produktionsled
<input type="checkbox"/> Annan, vilken?

Typ av prov

<input type="checkbox"/> Blindtarmsprov
<input type="checkbox"/> Annat prov, vilket?

Svaret sänds till

<input type="checkbox"/> Avsändande laboratorium	<input type="checkbox"/> Anläggningen
Till vem?	

Svaret sänds för kännedom till

<input type="checkbox"/> Anläggningen	<input type="checkbox"/> Avsändande laboratorium	<input type="checkbox"/> Producenten
---------------------------------------	--	--------------------------------------

Fakturan sänds till

<input type="checkbox"/> Anläggningen	<input type="checkbox"/> Avsändande laboratorium
<input type="checkbox"/> Annan	
Adress:	

Proven kan undersökas även på andra sätt än de beställaren bett om. Dessa undersökningar debiteras inte av beställaren. Livsmedelsverket förbehåller sig undersökningsresultatens publiceringsrätt. Resultaten kan publiceras i rapporter och statistiskt material i såväl inhemska som internationella vetenskapliga publikationer.



PROVRELATERADE UPPGIFTER

Provets/provens nummer (antecknas också på skålen/skålarna)	
Producentens namn	
Produktionsenhetens adress	
Hallens nummer	Slaktpartiets storlek

Provets/provens nummer (antecknas också på skålen/skålarna)	
Producentens namn	
Produktionsenhetens adress	
Hallens nummer	Slaktpartiets storlek

SÄNDNING AV KAMPYLOBAKTERIESTAMMAR TILL FORTSATTI ANDERSÖKNINGAR (ifylls av sändande laboratorium)

En kopia på remissen sänds med odlingarna till Livsmedelsverket

Laboratoriets namn	
Laboratoriets kontaktperson	Telefonnummer
E-postadress	
Postadress	Postnummer och -anstalt
Odlingarnas antal, st.	Agar

Datum	Underskrift och namnförtydligande av laboratoriets representant
-------	---