**Laboratóriumi vizsgálatok megrendelése**

|  |  |
| --- | --- |
| **Mintaküldő neve:** |  |
| **Címe:** |  |
| **Adószáma:**  **Bankszámla száma:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Minta azonosítója** | **Faj-fajta-szap.fok** | **Megrendelt vizsgálat** | | | | | | **Megjegyzés** |
| **T** | **Idm** | **Cs** | **Nedv** | **EMT** | **M.eg** | **pl. csávázott** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

T: tisztaság, Idm: idegen mag tartalom, Cs: csírázóképesség, Nedv: nedvességtartalom, EMT: ezermagtömeg, M.eg: Magegészség

A fent felsorolt minták vizsgálatát megrendelem, és egyben kötelezem magam, hogy a kiszámlázott vizsgálati díjat a számlán megjelölt határidőig kifizetem.

Átvétel időpontja:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Átadó |  | Átvevő |