

# Analysbeställning ScreenAir

Vänligen fyll i blanketten. Texta gärna!

## Beställare

|                               |           |                              |
|-------------------------------|-----------|------------------------------|
| Företag*                      | Kundnr.   | Företag                      |
| Adress*                       |           | Adress                       |
| Postnr och ort*               |           | Postnr och ort               |
| Mottagare av provsvar*        | Mobilnr.* | Fakturamärkning/arbetsorder* |
| E-post för provsvar*          |           | E-post för faktura*          |
| E-post till ev.kopiemottagare |           | Ev. offertnummer             |

## Fakturaadress

## Information om provtagningen

|                                                                                  |                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Objekt (adress/fastighet)*                                                       | Tidigare prover från samma objekt (ange alltid provnummer)           |
| Provtagningsdatum*                                                               | Kompletterande uppgifter finns på baksidan: <input type="checkbox"/> |
| Välj svarstid*: Express <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> | Beställ kompletteringsrapport: <input type="checkbox"/>              |

\* Obligatorisk uppgift

| Nr. | Adsorbent | Provplats | Frågeställning/kommentar | Provtid <sup>1</sup><br>(minuter) | Pump <sup>1</sup><br>(nr.) | Flöde <sup>1</sup><br>(l/min) |
|-----|-----------|-----------|--------------------------|-----------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| 1A  | Svart     |           |                          |                                   |                            |                               |
| 1B  | Vit       |           |                          |                                   |                            |                               |
| 1C  | Kassett   |           |                          |                                   |                            |                               |
| 2A  | Svart     |           |                          |                                   |                            |                               |
| 2B  | Vit       |           |                          |                                   |                            |                               |
| 2C  | Kassett   |           |                          |                                   |                            |                               |
| 3A  | Svart     |           |                          |                                   |                            |                               |
| 3B  | Vit       |           |                          |                                   |                            |                               |
| 3C  | Kassett   |           |                          |                                   |                            |                               |
| 4A  | Svart     |           |                          |                                   |                            |                               |
| 4B  | Vit       |           |                          |                                   |                            |                               |
| 4C  | Kassett   |           |                          |                                   |                            |                               |
| 5A  | Svart     |           |                          |                                   |                            |                               |
| 5B  | Vit       |           |                          |                                   |                            |                               |
| 5C  | Kassett   |           |                          |                                   |                            |                               |

<sup>1</sup> **Viktigt!** Provtid = Ange alltid provtagningstiden. Pumpnr. = När du lånar utrustning av oss. Flöde = Gäller provtagning med egen utrustning.

Provtagarens namn (vg texta): \_\_\_\_\_ Mobilnr: \_\_\_\_\_

**Kompletterande uppgifter:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---