ZAKŁAD MIKROBIOLOGII

.……………………..

(Miejscowość, data)

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

LICZEBNOŚĆ MIKROORGANIZMÓW

Wypełniony formularz należy przesłać na adres mailowy: agalazka@iung.pulawy.pl

|  |  |
| --- | --- |
| Zleceniodawca (Nazwa firmy, adres firmy, NIP, REGON) |  |
| Osoba do kontaktu (Imię, nazwisko, telefon kontaktowy, adres e-mail) |  |
| Protokół poboru próbek (Tak/Nie) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Zestawienie preparatów przeznaczonych do analizy | | | |
| Lp. | Nazwa | Rodzaj oznaczenia, liczebność\* | Obecność innych mikroorganizmów (Tak/Nie) |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |

Dodatkowe informacje (dotyczące sposobu przechowywania preparatów, czasu rozpoczęcia analizy, inne):

…………………………………………………………………………………………………...……….…………………………………………………………………………………………...……………….…………………………………………………………………………………...……………………….

\*Brak konieczności podawania liczebności

……………………………………………..

(PODPIS ZLECENIODAWCY)

Zleceniodawca zobowiązuje się dostarczyć co najmniej 100g/100ml próbki preparatu przeznaczonego do analizy. Termin wykonania badań wynosi 30 dni i jest liczony od daty zapłacenia faktury przez Zleceniodawcę.

Preparat do badań wraz z formularzem zgłoszenia należy dostarczyć na adres:

INSTYTUT UPRAWY NAWOŻENIA

I GLEBOZNAWSTWA

PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY

Zakład Mikrobiologii

ul. Krańcowa 8, 24-100 Puławy

tel. 81 4786 951

e-mail: [agalazka@iung.pulawy.pl](mailto:agalazka@iung.pulawy.pl)

|  |  |
| --- | --- |
| Jednostka organizacyjna IUNG-PIB Zakład Mikrobiologii |  |
| Osoba do kontaktu: dr hab. Anna Gałązka |  |
| Telefon: 814786950 |  |
| Adres e-mail: agalazka@iung.pulawy.pl |  |