

## Formularz zgłoszeniowy:

Właściciel i jego adres:

Zleceniodawca i jego adres:

Płatność: faktura  paragon

Ilość próbek:

Dane do faktury:

Kontakt:

tel:

e-mail:

NIP:

Mleko: zbiorcze  ćwiartkowe

Wymaz

### Zlecam wykonanie następujących badań:

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Badanie przesiewowe w kierunku <i>S. aureus</i>                              |
| <input type="checkbox"/> | Badanie przesiewowe w kierunku <i>Str. agalactiae</i>                        |
| <input type="checkbox"/> | Badanie bakteriologiczne z określeniem czynnika etiologicznego               |
| <input type="checkbox"/> | Badanie bakteriologiczne z określeniem czynnika etiologicznego + antybiogram |
| <input type="checkbox"/> | Badanie w kierunku <i>Mycoplasma sp.</i>                                     |
| <input type="checkbox"/> | Badanie w kierunku <i>Prototheca sp.</i>                                     |
| <input type="checkbox"/> | Badanie mikologiczne   |
| <input type="checkbox"/> | Określenie liczby komórek somatycznych w mleku                               |
| <input type="checkbox"/> | Ogólna liczba bakterii w 1ml mleka   |
| <input type="checkbox"/> | Obecność substancji hamujących w mleku                                       |
| <input type="checkbox"/> | Inne:  |



Informacje dodatkowe:

Data i podpis:

