Kraków, dn. ...............................

|  |  |
| --- | --- |
| **Zleceniodawca:** | |
| Nazwa |  |
| Adres |  |
| NIP |  |
| Płatnik (jeśli inny niż Zleceniodawca) |  |
| Adres mailowy |  |
| Telefon kontaktowy |  |

## **Centrum Badań Mikrobiologicznych**

**i Autoszczepionek imienia dr Jana Bobra**

**31-016 Kraków**

**ul. Sławkowska 17**

Zwracamy się z uprzejmą prośbą o wykonanie **badań czystości mikrobiologicznej** następujących preparatów:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa próbki** |  |
| **Numer serii/ Liczebność serii (jeśli dotyczy)** |  |
| **Ilość dostarczona do badania** |  |
| **Data i godzina pobrania** |  |
| **Miejsce pobrania** |  |
| **Grupa czystości mikrobiologicznej wg wymagań farmakopealnych lub zakres badań ilościowych i jakościowych z podanymi kryteriami akceptacji** |  |