

ДУ «Полтавський ОЦКПХ МОЗ»
Випробувальний центр
Акт відбору зразків

Реєстраційний № заявки

«___» _____ 20___ р.

(поле заповнюється ВЦ)

Акт відбору зразків № _____ від «___» _____ 20___ р.

Назва установи, закладу, підприємства замовника

Адреса _____

Контактні дані: _____

Місце відбору проб: (при необхідності долучити діаграми, схеми, ескізи, фотографії, плани, тощо) _____

Адреса _____

Найменування об'єкту, приналежність _____

Дата відбору _____ Дата та час доставки _____

Умови відбирання зразків _____

Умови доставки зразків _____

Додаткові відомості (при наявності: дані про обладнання, застосоване під час відбору, тощо) _____

Мета дослідження _____

Найменування лабораторії випробувальний центр ДУ «Полтавський ОЦКПХ МОЗ»:

Адреса м. Полтава, вул. Ватутіна, 35а

ДАННІ ПРО ВІДБІР ЗРАЗКІВ

№ п/п	НД на метод відбору	Назва зразка (опис, однозначна ідентифікація, серійний номер, стан, тощо)	Місце та точка відбору, (географічні координати, тощо при необхідності)	Кількість, об'єм, пакування зразка	Реєстраційний номер зразка (заповнюється ВЦ)

Відбір проведений:

_____ особи, що проводила(и) відбір зразків
(Посада) (П.І.Б.) (Підпис)

В присутності:

_____ особи, що була(и) присутні під час відбору зразків
(Посада) (П.І.Б.) (Підпис)

Кінець акту відбору зразків