

Beiðni um mælingar - Loftskýni og snertiskálar

EBL-0113 / Útgáfunúmer. 1



Verkkaupi/greiðandi: _____ Heimilisfang: _____

Starfsstöð: _____ Kennitala: _____

Tengiliður: _____ Símanúmer: _____

Sýnatökuaðili: _____ Dags: _____

Niðurstöður sendar á netfang: _____

Verknúmer/tilvísun verkkaupa: _____

Gerð sýnis:

Loftskýni - Rose Bengal skálar:	<input type="checkbox"/>	Loftskýni - PCA skálar:	<input type="checkbox"/>
Snertiskálar - Rose Bengal skálar:	<input type="checkbox"/>	Snertiskálar - PCA skálar:	<input type="checkbox"/>
Einnig óskað eftir mælingu á geri:	<input type="checkbox"/>	Annað: _____	<input type="checkbox"/>

Loftskýni tekið með loftskýnatæki: Já Nei

Sýni nr.:	Dagsetning sýnatöku	Auðkenning/merking sýnis eins og óskað er eftir á skýrslu:
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

Athugasemdir:

Vegna skýrslugerðar:

Íslenska Enska
 Ein skýrsla Skýrsla fyrir hvert sýni

Nánari upplýsingar um faggildingu aðferða má finna á www.syni.is

Undirskrift fyrir hönd verkkaupa