

Verkkaupi/greiðandi: _____ Heimilisfang: _____
Starfsstöð: _____ Kennitala: _____
Tengiliður: _____ Símanúmer: _____
Sýnatökuaðili: _____ Dags: _____
Niðurstöður sendar á netfang: _____

Gerð sýnis og stærð sýnatökusvæðis:			
Stroksýni með svampi	☐	Stroksýni af höndum	☐
Stroksýni með pinna	☐	Vöndull úr niðurfalli	☐
		Stærð sýnatökusvæðis í cm ²	
		Annað:	

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		

Örverugreiningar																	
Sýni nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Heildargerlafjöldi 22°C																	
Heildargerlafjöldi 30°C																	
Kólígerlar																	
Escherichia coli (E. coli)																	
Stafýlókókkar																	
Listeria spp. (Ekki tegundagr.)																	
Listeria monocytogenes																	
Salmonella																	
Iðragerlar																	
Annað:																	

Athugasemdir	Vegna skýrslugerðar:
	☐ Íslenska ☐ Enska
	☐ Ein skýrsla ☐ Skýrsla fyrir hvert sýni

Nánari upplýsingar um faggildingu aðferða, óvissu,
ákvörðunarreglu, trúnað og óhlutdrægni má finna á www.syni.is

Undirskrift fyrir hönd verkkaupa