



Fyll i elektroniskt eller skriv ut och texta tydligt

Undersökningen är beställd av: _____	Telefon: _____
Adress: _____	
Provets avsändare (om annan än beställaren): _____	Telefon: _____
Adress: _____	
Undersökningsintyget sänds till:	Fakturan sänds till:
<input type="checkbox"/> till den som beställt undersökningen	<input type="checkbox"/> till den som beställt undersökningen
<input type="checkbox"/> till den som sänt in provet	<input type="checkbox"/> till den som sänt in provet
	<input type="checkbox"/> andra
	adress: _____
<input type="checkbox"/> Sänd analysintyget till denna e-postadress. I annat fall sänds det per post.	
E-postadress: _____	
<input type="checkbox"/> Extrakostnad för brådskannde svar (resultat till kunden på två dagar, innehåller följande analyser: hektolitervikt, fuktighet, NIT-analyser, falltal, Kjeldahl-protein och orenlighetshalt)	

#### UPPGIFTER OM PROVET

Sädesslag: _____	Fartyg: _____
Uppgifter om provet: _____	
Lastningshamn: _____	Lastad mängd: _____
Lastnings datum: _____	Lossningshamn: _____

#### UNDERSÖKNINGAR SOM SKA BESTÄLLAS

##### Spannmål

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hektolitervikt, med spannmålsprovare | <input type="checkbox"/> Protein, Kjeldahl                                      |
| <input type="checkbox"/> Hektolitervikt, NIT-snabbtest        | <input type="checkbox"/> Protein, NIT-snabbtest                                 |
| <input type="checkbox"/> Fukthalt, varmeskåp                  | <input type="checkbox"/> Våt gluten   |
| <input type="checkbox"/> Fukthalt, NIT-snabbtest              | <input type="checkbox"/> Gluten index   |
| <input type="checkbox"/> Avfallshalt                          | <input type="checkbox"/> Zeleny-tal   |
| <input type="checkbox"/> Halt av avfallskorn                  | <input type="checkbox"/> Maltkorn grobarhet, väteperoxid                        |
| <input type="checkbox"/> Orenlighetshalt                      | <input type="checkbox"/> Maltkorn grobarhet energi                              |
| <input type="checkbox"/> Sortering (maltkorn)                 | <input type="checkbox"/> Fastställande av Deoxynivalenol (DON) med Elisa method |
| <input type="checkbox"/> Falltal                              | Andra: _____  |



Tilläggsuppgifter:

**FAKTURERING** Fyll i om ni har nya eller förändrad uppgifter

Jag önskar att fakturan sänds till nätfaktura adressen

Fakturans mottagare om annan än den som beställde fakturan \_\_\_\_\_

E-fakturadress/EDI-kod \_\_\_\_\_

Operatör \_\_\_\_\_

Förmedlarens kod \_\_\_\_\_

FO-nummer \_\_\_\_\_

Momsnummer \_\_\_\_\_

**PROVTAKNING OCH SÄNDNING**

Sänd oss 1-2 kg prover beroende på analysen, väl förpackade till adressen:

**Livsmedelsverket  
Spannmål  
Mustialagatan 3  
00790 HELSINGFORS**

**Förfrågningar: viljalaboratorio@ruokavirasto.fi / tel: 0400 131 429**

Datum: \_\_\_\_\_

Underskrift och namnförtydligande: \_\_\_\_\_

Inkommit: \_\_\_\_\_