**BESTÄLLARENS UPPGIFTER**

Namn:

Telefonnummer: E-post:

Tidigare kund [ ]

Postadress:

Postnummer: Ort:

Faktureringsadress:

(om annan än postadress)

Postnummer: Ort:

**PROVERNA**

|  |  |
| --- | --- |
| PROJEKT | PROVTAGARE |
|  |  |
| DATUM FÖR PROVTAGNING |  |
|  |  |
| ANALYSSVAR PER: |
| [ ]  telefon [ ]  e-post [ ]  post (expeditionsavgift 15,00 € moms 0%) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PROV # |  MATERIAL SOM SKALL UNDERSÖKAS (t.ex. ”plastmatta” eller ”mattlim” eller ”spackel”) | PROVTAGNINGSPLATS (t.ex. ”kök” eller ”wc” eller ”trapphus”) |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |

|  |
| --- |
| TILLÄGGSUPPGIFTER |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| DATUM | UNDERSKRIFT  |
|  |  |