

.....
(pieczęćka i NIP apteki)

.....
(miejscowość i data)

**Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny
we Wrocławiu
Laboratorium Kontroli Jakości Leków**

ul. Klecińska 125, 54-413 Wrocław
tel. 71 798 57 35 , fax. 71 798 57 36

**ZLECENIE
MIKROBIOLOGICZNEGO BADANIA CZYSTOŚCI SZAFKI ASEPTYCZNEJ**

1. Rodzaj urządzenia (zaznaczyć właściwy kwadrat) :

- łoża z nawiewem laminarnym typ..... nr fabr.
- skrzynka aseptyczna typ..... nr fabr.
- inne typ..... nr fabr.

2. Rodzaj badania (zaznaczyć właściwy kwadrat)

powietrze sprzęt pomieszczenie

3. Dane do rachunku:

Płatnik

Adres płatnika

NIP

.....
(pieczęćka i podpis zleceniodawcy)