



ANALİZ İSTEK FORMU

* Formu doldurduktan sonra **0216 581 64 99-95** numaralı faksa ve/veya esan.laboratuvar@eczacibasi.com.tr adresine gönderiniz.

| | |
|--|------------------------|
| Talebi Yapan Kişi : | |
| Firma/Kuruluş : | |
| İletişim ve Fatura Bilgileri (Bu bölüm ilk defa hizmet alan ve/veya bilgileri değişen müşteriler için zorunludur.) | |
| Adres : | |
| Telefon : | Faks : |
| e-Posta : | Vergi Dairesi- No : |
| Numune Cinsi : | Numune Miktarı : |
| Numune İsmi/Kodu : | Tarih : |

| TALEP EDİLEN ANALİZLER | METOD / İLGİLİ STANDART |
|------------------------|-------------------------|
| 1- | |
| 2- | |
| 3- | |
| 4- | |
| 5- | |

Açıklama:

Müşteri İmzası :

* Bu kısım, laboratuvar tarafından doldurulacaktır.

| | |
|-------------------------------------|-------|
| Ebiflow Sistem No/ Laboratuvar No : | |
| Dosya Rapor No : | |
| Numunenin Geliş Tarihi : | |
| İlgili Laboratuvarlar : | |
| Numuneyi Teslim Alanın Adı Soyadı : | İmza: |

* Bu form yalnızca bir adet numune için doldurulabilir.

Adres : İstanbul Deri Organize Sanayi Bölgesi Kazlıçeşme Caddesi No:35 G-5 Parsel
Orhanlı/Tuzla/İSTANBUL
Tel : 0216 581 64 00 Fax : 0216 581 64 99
www.esan.com.tr

Form No: TM.FR.07

Form Revizyon Tarihi: 01.02.2016

Form Sayfa No: 1/1

Form Yayın Tarihi: 17.12.2007

Form Revizyon No: 4