



Telephone : +48338530018

Proszę czytelnie wypełnić niniejszy formularz. Niepomy lub nieczytelny formularz może prowadzić do wstrzymania realizacji projektu zlecenia. Użytkując tę formę użytkownik przyjmuje do wiadomości i zgadza się z Ogólnymi Warunkami Usług podanymi na stronie internetowej firmy pod adresem:
<https://www.alsglobal.pl/kskon/konku-sic-z-cenami/rabatowy-do-pobrania>

ZAMÓWIENIE - PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA

1241

NR ZLECENIA
(nr wewnętrzny ALS Poland)

Strona 1 z 2

NIE WYPEŁNIĆ **NIE WYPEŁNIĆ**

Sp. z o.o.
m. ul. Stalmacha 23
CZÓW
853 00 18
llobal.com
bal.pl

NIE WYPEŁNIĆ - strona punkt 3-7)
Zlecenie - strona punkt 3-7)
owy Popów Ośrodek Zdrowia

KOD ANALIZY (NAZWA ANALIZY)	(Patrz druga strona - punkt 9)
Analiza 1	
Analiza 2	
Analiza 3	
Analiza 4	
Analiza 5	
Analiza 6	
Analiza 7	
Analiza 8	
Analiza 9	(Sb,As,B,Cr,Al,Cd,Mn,Cu,Ni,Pb,Se, Mg, Ag, Na, Fe)
Analiza 10	
Analiza 11	
Analiza 12	
Analiza 13	
Analiza 14	
Analiza 15	
Analiza 16	
Analiza 17	
Analiza 18	benzen, chlorek winylu, 1,2 dichloroetan - suma trichloroetanu i
Analiza 19	benzo(a)piren, suma WWA
Analiza 20	
Analiza 21	
Analiza 22	
Analiza 23	
Analiza 24	

ZAMAWIAJĄCY DANE KONTAKTOWE I DO KORESPONDENCJI (patrz druga strona, punkt 1)

Firma/Nazwisko: **Urząd Gminy Popów**
Osoba kontaktowa: **Tomasz Randak**
Siedziba/Adres: **ul. Częstochowska 6 42-110 Zawady**
Telefon:
E-mail 1: **lrandak@gminapopow.pl**
E-mail 2:
E-mail 3:
E-mail 4:
E-mail 5:

PROTOKÓŁ
 Excel
 Excel
 Excel
 Excel
 Excel

Nazwa projektu: **ALS - PL - 23 - 0177**

Numer oferty: **ALS - PL - 23 - 0177**

Numer zamówienia: **Popólski**

Nazwa pobierającego próbki: **Popów Ośrodek Zdrowia**

Miejsce pobierania próbek: **Popów Ośrodek Zdrowia**

Szczegółowe warunki przechowywania: **Nie Standardowy termin (7-10 dni roboczych)**

Ekspresowy termin wykonania? **Tak Termin ekspresowy**

(Dopłata ekspresowa, czytel zaliczenia do wypełnienia)

W-ANNEX

W-SP-PWM

W-SP-DW

W-ACRLMS01

W-COL-SPC

W-TUR-COLB

W-METMSFX5-DW

W-NH4-SPC_PL

W-NO2-SPC_PL

W-PH-EL_PL

W-CO-N-ELE_PL

W-ODTA-SEN

W-HARD-FX/PL

W-CL-SPC_PL

W-NO3-SPC_PL

W-VOCGMS02

W-PAHGMS05_PL/DW4

W-SO4-SPC_PL

W-CNT-PHO

W-EPICGMS01-DW

W-OCPECD01

W-PESSUM02

ADRES DO FAKTUROWANIA - jeżeli różni się od kontaktowego (patrz druga strona, punkt 2)

Nazwa firmy:
Osoba kontaktowa:
Zmiana danych kontaktowych:
Adres do fakturowania:
E-mail 1:
E-mail 2:
E-mail 3:
E-mail 4:
E-mail 5:

PROTOKÓŁ
 Excel
 Excel
 Excel
 Excel
 Excel

NAZWA PRÓBK **NAZWA PRÓBK**

(patrz zlecenie, strona punkt 7, maks. 50 znaków)

(patrz druga strona, punkt 9)

ALS ID #	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Popów Ośrodek Zdrowia	X																								
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

