

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>BESLAGNUMMER: (invullen indien van toepassing)</p> <table border="1" style="width:100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">BE</td> <td style="width: 5%;">-</td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;">-</td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table> <p>VERANTWOORDELIJKE (VEEHOUDER):</p> <p>Naam:</p> <p>Straat en nr.:</p> <p>Postcode.: Gemeente:</p> <p>E-mail:</p> <p>BEDRIJFSDIERENARTS: <input type="checkbox"/> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table></p> <p>Stempel en ordnummer:</p> | BE | - | | | | | | | | | | | - | | | | | | | | | | <p>RESULTAAT aan: <input type="checkbox"/> Bedrijfsdierenarts <input type="checkbox"/> Aanvrager <input type="checkbox"/> Verantwoordelijke <input type="checkbox"/> Andere*</p> <p>FACTUUR aan: <input type="checkbox"/> Bedrijfsdierenarts <input type="checkbox"/> Aanvrager <input type="checkbox"/> Verantwoordelijke <input type="checkbox"/> Andere* <input type="checkbox"/> Project/contract:.....</p> <p>* Invullen indien 'Andere' aangekruist:</p> <p>Naam:</p> <p>Straat en nr.:</p> <p>Postcode.: Gemeente:</p> <p>BTW : Fax :</p> <p>NAAM EN HANDTEKENING AANVRAGER :</p> <p>Naam:.....</p> |
| BE | - | | | | | | | | | | | - | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>DATUM MONSTERNAME:/...../..... Uur monstername :h.....min</p> <p>UW REF:</p> <p>OPMERKINGEN/ AFWIJKINGEN:</p> | <p>MONSTERNEMER:</p> <p><input type="checkbox"/> DGZ.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dierenarts</p> <p><input type="checkbox"/> Veehouder</p> <p><input type="checkbox"/> Andere:.....</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| AARD VAN DE MONSTERS | | | | | |
|--|-------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> zaagsel | <input type="checkbox"/> in opslag | <input type="checkbox"/> stro | <input type="checkbox"/> in opslag | <input type="checkbox"/> zand | <input type="checkbox"/> in opslag |
| | <input type="checkbox"/> in gebruik | | <input type="checkbox"/> in gebruik | | <input type="checkbox"/> in gebruik |
| <input type="checkbox"/> gescheiden mest | <input type="checkbox"/> in opslag | <input type="checkbox"/> ander specificeer: | <input type="checkbox"/> in opslag | | |
| | <input type="checkbox"/> in gebruik | | <input type="checkbox"/> in gebruik | | |

Monsters gekoeld: ja neen

REDEN ONDERZOEK :

telling Coliformen, Klebsiella spp, Staphylococcus spp. Streptococcus en Streptococcus-achtige organismen

| Nr. | Aard van het monster | Identificatie (uw referentie) |
|-----|----------------------|-------------------------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |

| | | |
|---|--|---|
| <p>VAK VOORBEHOUDEN AAN HET LABORATORIUM</p> <p>Ontvangst:</p> <p><input type="checkbox"/> Torhout</p> <p><input type="checkbox"/> Lier</p> | <p>Wijze ontvangst:</p> <p><input type="checkbox"/> receptie/loket</p> <p><input type="checkbox"/> ophaaldienst</p> <p><input type="checkbox"/> nachtkluis</p> <p><input type="checkbox"/> post</p> <p><input type="checkbox"/> externe koerier</p> | <p>AC: / / LIMS DOSSIERNR(S):</p> <p>paraaf:</p> <p>TC: / /</p> <p>paraaf:</p> |
| <p>Datum + initialen.: / /</p> | | |