DEIBEL LABORATORIES

Sent from:	Spedito a:
NOME/AZIENDA	Deibel Labs of South San Francisco, CA
VIA	407 Cabot Rd
CITTA, STATO, CAP	South San Francisco, CA 94080
TELEFONO/FAX	P: 650.952.4209, F: 650.952.4518

DATA DI SOTTOMISSIONE:	
P.O. #:	
REFERENTE DEIBEL:	

Servizio chiamate, cortesemente segnala quanto richiedi:	**Va bene l'invio per posta**	**Bisonga contattare direttamente l'interessato**
Presunti patogeni	☐	☐
Risultati fuori dale specifiche	☐	☐
Altre richieste (specificare, per favore):	☐	☐

SEGNALA QUANTO RICHIEDI	**si**	**no**
I RISULTATI DEVONO ESSERE FAXATI	☐	☐
I RISULTATI DEVONO ESSERE SPEDITI PER EMAIL	☐	☐
I RISULTATI DEVORE ESSERE SPEDITI VIA POSTA	☐	☐

Descrizione del campione	Analisi									Note/ istruzioni particolari
	Metodo									
	Specifica									
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

"Segreto commerciale & Confidenziale"

SOLO PER USO DI LABORATORIO		**Condizioni alla ricezione: (segnala quanto è d'interesse)**							
Ricevuto Da:		Congelato	☐	Refrigerato	☐	Ambiente	☐	Caldo	☐
Data:		Buono	☐	Scarso	☐	Scarso	☐	Ritardo nella consegna	☐
Temperatura alla ricezione::									