

Probenbegleitschein Milchqualitätsberatung

**für die Bestimmung der Konzentration von Peressigsäure in
Gebrauchslösungen**

Name /Anschrift Betrieb: _____

Betriebsnummer: _____

Name Leistungsinspektor: _____

Bitte Art des Beratungsvertrages ankreuzen: (A) (B) (kein Vertrag)

Techniküberprüfung: (ja) (nein)

(Für die Ergebnismitteilung bitte Fax- Nr. oder Mailadresse angeben!)

Fax- Nr.: _____ E- Mail: _____

Anzahl der Proben: _____ Art der Probe (bitte nur ankreuzen, wenn)

Wofasterilcombiverfahren

Probenahme am: _____ (Gemisch mit Alcapur)

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: (Auftraggeber)

Bitte nur Flaschen mit dem Aufdruck „ Desinfektionsprobe“ verwenden!!

Wird vom Labor ausgefüllt!

Datum Probeneingang: _____ Untersuchungsdatum: _____

Probenanzahl: _____

Untersuchungsergebnis (in ppm): _____

Bemerkungen zur Untersuchung:

Datum und Unterschrift (Labor):