

Auftrag Prüfung Waschmaschinen

Einsender: Datum: Rechnungsadresse:

Probenmaterial: Leinenläppchen (10 + 1)

desinfizierende Waschverfahren: ja nein

Station:

Entnahmedatum: Programm/Temperatur: Typ:

Hersteller: Hersteller-Nr. Entnahme durch:

Lfd. Nr.	Hyg.-Nr.	Lokalisation
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		

Unterschrift Probenehmer