



Beställning av dammanalys

Kontaktperson:

Tel/Mobil

E-mailadress:

Fakturaadress:

Postnummer:

Ort:

Organisationsnummer:

Fakturareferens:



Provbeteckning	Provtagnings- volym [L]	Provmängd* [mg]	Koncentration* [mg/m ³]	Kommentar

* Ifylles av Mätteknik

- Totaldamm
- Respirabelt damm
- Inhalerbart damm
- Annat _____

Typ av damm: _____

Provtagningsdatum: _____

Arbetsplats: _____