

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL:	SUCURSAL
----------------------	----------

	ALIMENTO/S	T ^a	AM	EB	ECOLI	COLIF	STAPH	SALM	LIST	Y&M	CI.P	CAMPY	URG
1													
2													
3													

	SUPERFICIES/ HISOPOS NASALES	Procedimiento ³	AM	EB	Y&M	STAPH	LIST	URG
4								
5								
6								

	AGUA POTABLE/PISCINA/SPA/POZO/RESIDUAL	T ^a											URG
7													
8													
9													

(1) Indique parám o °nº presupuesto

(2) Marque si el cliente toma la muestra

Fecha muestreo:

--	--	--

D M A

(3) Laminocultivo, hisopo, Rodac, etc

MUESTREADOR/A

POR EL CLIENTE ²,

Dirección labroatorio: Calle San Diego de Alcalá nº12. Local. 35002.Las Palmas G.C.Islas Canarias.

Tfno contacto: 928.41.81.43//928.43.10.48

email: info@indavet.com

www.indavet.com

AM: Aerobios mesófilos; EB: enterobacterias; E.coli: Escherichia coli; Colif: coliformes totales; CF: coliformes fecales; Staph: Staphylococcus aureus; SAL: Salmonella spp

LIS: Listeria monocytogenes; CI.P: clostridium perfringens; YM: mohos y levaduras; CAMPY: Campylobacter spp