

Niniejszy formularz stanowi podstawę dla prawidłowej identyfikacji badanego materiału. Informacje zawarte w tym formularzu muszą odpowiadać stanowi faktycznemu i najlepszej wiedzy Zleceniodawcy. Proszę dostarczyć wszystkie dostępne informacje, w przypadku kiedy informacje nie są dostępne proszę wpisać – BRAK DANYCH.

WYPEŁNIA ZLECENIODAWCA:

Nazwa Zleceniodawcy:

Nazwa chemiczna lub inna nazwa:

Numer CAS s.a.:

Wygląd:

Numer EC s.a.:

Data produkcji:

Okres ważności:

Numer partii:

Warunki przechowywania:

Znane parametry fiz-chem.:

Ilość przekazanego materiału:

Znane zagrożenia/ klasyfikacja:

DEKLARACJA ZWROTU MATERIAŁU PO ZAKOŃCZENIU BADAŃ.

Deklaruję wolę przyjęcia pozostałego materiału po zakończeniu badań.

TAK NIE

OŚWIADCZENIE ZLECENIODAWCY:

Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe i zgodne z naszą wiedzą, oraz że mogą zostać wykorzystane przy identyfikacji badanego materiału w ramach sporządzania dokumentacji rejestracyjnej.

Data i podpis zleceniodawcy

WYPEŁNIA PERSONEL ICB PHARMA:

Nr identyfikacyjny materiału:

Masa opakowania brutto:

Data otrzymania:

Wygląd opakowania:

Stan opakowania przy otrzymaniu:

Data i podpis pracownika ICBPharma