Общество с ограниченной ответственностью Научно-испытательный центр «ЧЕРКИЗОВО»
Limited Liability Company Research and Testing Center "CHERKIZOVO"
ИНН 7718067999; КПП 771801001; ОГРН 1157746130024
Юридический адрес: Российская Федерация, 107143 г. Москва, ул. Пермская, д. 5, строен. 1
Legal address: Russian Federation, 107143, Moscow, Permskaya str. 5, building 1
Факт./почтовый адрес: Российская Федерация, 143340, г. Москва, д. Яковлевское, д. 14 Б
Actual/post address: Russian Federation, 143340, Moscow, v. Yakovlevskoe 14 Б
☎ + 7 (495) 788-32-33 (add./доб. 17955) www.cherkizovolab.com

ЗАЯВКА НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ДОЗ АНТИБИОТИКОВ В КОМБИКОРМАХ МЕТОДОМ ВЭЖХ

№_____ заполняется НИЦ **ОТ ___._____._____** заполняется заказчиком

ИНФОРМАЦИЯ О ЗАКАЗЧИКЕ

Наименование организации: _____
Почтовый адрес: _____
Предпочтительный способ получения результатов:
☐ на эл. почту _____ ☐ почтой по адресу _____
☐ по факсу _____

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИССЛЕДУЕМЫХ ОБРАЗЦАХ

Рег.№	Наименование комбикорма	Наименование антибиотика	Ожидаемое содержание
1		☐ Авиламицин	
		☐ Карбадокс	
		☐ Хлортетрациклин	
		☐ Окситетрациклин	
2		☐ Авиламицин	
		☐ Карбадокс	
		☐ Хлортетрациклин	
		☐ Окситетрациклин	
3		☐ Авиламицин	
		☐ Карбадокс	
		☐ Хлортетрациклин	
		☐ Окситетрациклин	
4		☐ Авиламицин	
		☐ Карбадокс	
		☐ Хлортетрациклин	
		☐ Окситетрациклин	
5		☐ Авиламицин	
		☐ Карбадокс	
		☐ Хлортетрациклин	
		☐ Окситетрациклин	
6		☐ Авиламицин	
		☐ Карбадокс	
		☐ Хлортетрациклин	
		☐ Окситетрациклин	

ПРИМЕЧАНИЯ

Цель испытания: _____
Заявку составил _____ _____
Должность Подпись (ФИО)