



Ταχ. Διεύθυνση : Παπακουριαζή 22 - Λάρισα
Ταχ. Κώδικα : 41222
Τηλέφ. : 2410-565046, 565047
Τηλεομοιοτυπία / fax : 2410-565051
Ηλεκ. Διεύθυνση / e-mail : pedy-larisas@keelpno.gr

Αρ. πρωτ. :
Αρ. δείγμα. Εργ. :

**ΔΕΛΤΙΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ ΝΕΡΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ
ΓΙΑ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ**

(Σύμφωνα με την ΚΥΑ Υ2/2600/2001, όπως αυτή τροποποιήθηκε με την ΚΥΑ 38295/07)

Υπηρεσία Δειγματοληψίας:

Διεύθυνση :

Αρ. πρωτ.:

Όνομασία Αντικειμένου Υγειονομικού Ενδιαφέροντος:

Κωδικός δειγματοληψίας:

Κωδικός Αντικειμένου:

Όνομασία Αντικειμένου:

Διεύθυνση:

Τηλ.:

Δήμος/Δ.Δ./Κοινότητα:

Όνοματεπώνυμο υπεύθυνου ατόμου:

Εάν η δειγματοληψία έγινε από Δήμο ή Κοινότητα παρακαλώ αναφέρετε:

Δήμος/Δ.Δ./Κοινότητα:

Συνολικά υδρευόμενος πληθυσμός:

A. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

• Ημερομηνία δειγματοληψίας:

Ώρα :

• Η δειγματοληψία έγινε από: Δίκτυο ύδρευσης, Πηγή, Πηγάδι, Γεώτρηση, Υδατοδεξαμενή

• Εάν η δειγματοληψία έγινε από δίκτυο ύδρευσης, προέλευση του νερού είναι:

Δίκτυο ΕΥΔΑΠ

Δίκτυο ΔΕΥΑ

Πηγή

Πηγάδι

Γεώτρηση

Μεικτό, προσδιορίστε:

Άλλο, προσδιορίστε:

B. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

• Εάν η προέλευση του νερού είναι πηγή, πηγάδι ή γεώτρηση παρακαλώ προσδιορίστε:

ο Η προστασία της πηγής υδροδότησης είναι: Επαρκής, Ανεπαρκής, Καμία

ο Το άμεσο περιβάλλον σε ακτίνα 30 m είναι: Κατοικημένο, Ακατοίκητο

ο Η απόσταση από εστία μόλυνσης (βόθρο, κοιμητήριο κ.τ.λ.) είναι: _____ m

• Γίνεται απολύμανση του νερού: Ναι Όχι

• Ποια μεθοδολογία απολύμανσης χρησιμοποιείται: Χλώριο, Ηλεκτρόλυση, UV ακτινοβολία,
 Άλλο, προσδιορίστε:

• Συμπληρωματικές εξετάσεις που ζητούνται:

Το δείγμα μεταφέρθηκε με: Ισόθερμο δοχείο υπό ψύξη

Άλλο, προσδιορίστε:

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ:

Αρ. πρωτ.:

Γ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΠΙΤΟΠΙΩΝ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΩΝ

Αριθμός δείγματος δειγματολόγητη	Σημείο λήψης δείγματος	Υπολεμματική απολυμαντική ουσία (mg/L)	pH	Θερμοκρασία (°C)	Φυσιολογική οσμή	Φυσιολογική γεύση	Φυσιολογικό χρώμα	Αριθμός δείγματος εργαστηρίου (*)

Παρατηρήσεις:

Ημερομηνία αποστολής :

Ωρα :

Αρμόδιος δειγματοληψίας

Όνοματεπώνυμο:

Ιδιότητα:

Υπογραφή:

Αρμόδιος παραλαβής δειγμάτων (*)

Ημερομηνία παραλαβής:

Ωρα :

Όνοματεπώνυμο:

Υπογραφή:

(*): Συμπληρώνονται από το Εργαστήριο μετά την παραλαβή των δειγμάτων