



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ταχ. Διεύθυνση : Αλεξάνδρου Φλέμινγκ 34
Ταχ. Κώδικας : 166-72
Τηλέφωνο : 210-8921045/46 210-8921009
Τηλεομοιοτυπία / fax : 210-8921047
Ηλεκτρ. Διεύθυνση / e-mail : chemlab@eody.gov.gr
Αρ. Κ.Π. εισ. εγγράφου :
Α/Α δείγματος εργαστηρίου :

**ΔΕΛΤΙΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ ΕΜΦΙΑΛΩΜΕΝΟΥ ΝΕΡΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΕΜΠΟΡΙΟ
ΓΙΑ ΧΗΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ**

[Σύμφωνα με την ΚΥΑ Γ1(δ)/ΤΠ οικ.67322 (ΦΕΚ 3282/Β/2017), την ΥΔ Α1β/4841 (ΦΕΚ 696/Β/1979) (επιτραπέζιο νερό) και το ΠΔ 433 (ΦΕΚ 163/Α/1983) (φυσικό μεταλλικό νερό) όπως αυτά τροποποιήθηκαν και ισχύουν]

Υπηρεσία Δειγματοληψίας:

Διεύθυνση:

Αρ. πρωτ. / Ημερ.:

Ονομασία Αντικειμένου Υγειονομικού Ενδιαφέροντος:

Κωδικός δειγματοληψίας:

Κωδικός Αντικειμένου:

Ονομασία Αντικειμένου:

Διεύθυνση:

Τηλ.:

Δήμος/Δ.Δ./Κοινότητα:

Ονοματεπώνυμο υπεύθυνου ατόμου:

Ημερομηνία δειγματοληψίας:

Ωρα:

Ονομασία εμφιαλωμένου νερού:

Όγκος φιάλης:

Ονομασία προμηθευτή:

• Είδος εμφιαλωμένου νερού: Επιτραπέζιο, Φυσικό μεταλλικό, Πηγής

• Ημερομηνία εμφιάλωσης:

Ημερομηνία λήξης:

• Κωδικός παραγωγής:

• Συνθήκες αποθήκευσης τη στιγμή της δειγματοληψίας: στο ψυγείο, εκτεθειμένο στον ήλιο, ράφι καταστήματος,

Άλλο, προσδιορίστε:

• Η μεταφορά των δειγμάτων έγινε με: Ισόθερμο δοχείο υπό ψύξη,

Άλλο, προσδιορίστε:

• Συμπληρωματικές εξετάσεις που ζητούνται:

Υπηρεσία Δειγματοληψίας:

Αρ. πρωτ. / Ημερ.:

Παράμετροι για τις οποίες ζητείται ανάλυση:

ρΗ - ΑΡΗΑ 4500-Η ⁺ <input type="checkbox"/>	Αγωγιμότητα - ΑΡΗΑ 2510-Β <input type="checkbox"/>	Αλκαλικότητα - ΑΡΗΑ 2320-Β <input type="checkbox"/>	Χλωριόντα - ΑΡΗΑ 4500 Cl-Β <input type="checkbox"/>
Σκληρότητα- ΑΡΗΑ 2340-С <input type="checkbox"/>	Ασβέστιο- ΑΡΗΑ 3500 Ca-Β ⁺ <input type="checkbox"/>	Μαγνήσιο - ΑΡΗΑ 3500 Mg-Β <input type="checkbox"/>	

ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ

Αριθμός δείγματος δειγματολήπτη	Είδος δείγματος	Ημερομηνία παραγωγής / Ημερομηνία λήξης	Α/Α 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