



Name: ..... Probennummer: .....

Straße: ..... Eingangsdatum: .....

PLZ/ Ort: ..... Auftragsprüfung: .....

Telefon/email: .....

(Mischproben von bis zu 6 Probenahmestellen sind möglich)

**Listerien**

Probe	Probenahmeort	Listerien monocytogenes	Listerien spp.
1			
2			
3			
4			
5			
6			

**ODER**

**Salmonellen**

Probe:	Probenahmeort	Salmonella spp.
1		
2		
3		
4		
5		
6		

.....

Datum

.....

Unterschrift