



| | |
|--|--|
| CUP Laboratorien Dr. Freitag GmbH Carl-Eschebach-Straße 7, 01454 Radeberg, www.cup-contract-labs.com , Tel.: (0 35 28) 229 09 – 20, E-Mail: proben@cup-contract-labs.com | |
|--|--|

1. Auftragsdetails / Order details

| Angebots-Nr. CUP / Offer No. CUP ¹ | Auftrags- /Bestellnummer (Auftraggeber) / Purchase order No. (Client) | Gewünschter Termin der Fertigstellung / Desired date of completion |
|--|---|--|
| AN | | |

2. Auftraggeber / Client

| Auftraggeber / Client | Analysenzertifikatempfänger / CoA recipient | Rechnungsempfänger (falls abweichend zum Analysenzertifikatempfänger) / invoice recipient (if different from CoA recipient) |
|---|--|---|
| Firma / Company ¹ | | |
| Straße, Hausnr. / Street, House No. ¹ | | |
| PLZ, Ort / post code, city ¹ | | |
| Ansprechpartner / contact ¹ | | |
| Telefon / telephone ¹ | | |
| E-Mail / e-mail ¹ | | |
| Umsatzsteuer-ID / VAT-ID ¹ | | |

3. Hinweise zum Probenmaterial / Notes on sample material

| | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sicherheitsdatenblatt beigelegt / safety data sheet attached | <input type="checkbox"/> mikrobiologisch aktives Material, S2 / <i>microbiologically active material, S2</i> | | |
| <input type="checkbox"/> keine besonderen Anforderungen an Lagerung und Handhabung / No special requirements for storage and handling | <input type="checkbox"/> radioaktives Material / <i>radioactive material</i> Bitte Prüfauftrag vorab senden an: / Please send test order in advance to: ssb@cup-contract-labs.com | | |
| <input type="checkbox"/> Betäubungsmittel / <i>Narcotics</i> Proben nur in Abstimmung mit BtM-Verantwortlichem versenden. / <i>Sample shipment only in coordination with the responsible person for narcotics.</i> | <input type="checkbox"/> Zytostatika / <i>CMR</i> <i>Cytostatics / CMR</i> | | |
| <input type="checkbox"/> Medizinprodukt / <i>medical device</i> | <input type="checkbox"/> _____ | | |
| Lagerbedingungen / Storage conditions | <input type="checkbox"/> Raumtemperatur / <i>room temperature</i> | <input type="checkbox"/> 2 – 8 °C | <input type="checkbox"/> -15 – -25 °C |
| | <input type="checkbox"/> vor Licht geschützt / <i>protected from light</i> | <input type="checkbox"/> vor Feuchtigkeit geschützt / <i>protected from moisture</i> | |
| Weitere Anforderungen / Other requirements | | | |

¹ Pflichtfeld / mandatory field



4. Probenaufstellung / List of samples

(Bitte einen separaten Prüfauftrag für mikrobiologische und chemische Prüfung ausfüllen und jeweils separate Prüfmuster versenden.) /

(Please complete a separate test order for microbiological and chemical testing and provide separate test samples.)

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> mikrobiologische Prüfung / microbiological testing² | <input type="checkbox"/> chemische Prüfung / chemical testing² |
|--|--|

| Probenbezeichnung / sample description ² | Charge, externe Proben-Nr. / Batch, external sample No. ² | Probenmenge (Anzahl, Volumen, ...) / Sample amount (quantity, volume, ...) ² |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> siehe Anlage / see Appendix | | |
| Parameter / Parameters ² | Spezifikation / Specification ² | Prüfvorschrift / Test method ² |
| | | |
| | | |
| | | |
| Hinweise zur Durchführung, Probenvorbereitung oder Berichtserstellung / Instructions for testing, sample preparation or CoA generation | | |
| | | |

| | |
|---|--|
| Name, Datum, Unterschrift Auftraggeber / <i>Name, date, signature of client²</i> | |
|---|--|

Mit der Unterschrift wird die Vollständigkeit aller Angabe in den Pflichtfeldern (gelb) bestätigt. /

The signature confirms the completeness of all information in the mandatory fields (yellow)

² Pflichtfeld / mandatory field