

# Opdrachtformulier Mest



Opdrachtgever: .....

Contactpersoon: .....

Straatnaam: .....

Postcode, Plaats: .....

Telefoon / fax: ..... / .....

E-mail adres: .....

Ontvangstdatum: .....

Paraaf: .....

LET OP: **vetgedrukt** = verplichte velden om monsters in behandeling te nemen.

Factuuradres:  zie opdr.gever  anders, nl : .....

Resultaat:  fax  e-mail  spoed (alleen mogelijk na overleg, 50% toeslag)

Opmerking (evt.): .....

Monstergegevens	Datum bemonstering <sup>#</sup>
1	.....
2	.....
3	.....
4	.....
5	.....

# monstergegevens dienen te zijn ingevuld bij in ontvangst nemen van de monsters

## Putmonster Mest

Losse analyse	1	2	3	4	5	Losse analyse	1	2	3	4	5
Fosfaat, Stikstof	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ammonium als N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nitraat als N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Droge stof	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nitriet als N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organische stof	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zwavel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pH (alleen drijfmest)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

## Gehygiëniseerde Mest

Losse analyse	1	2	3	4	5
Enterobacteriaceae	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. coli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salmonella spp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>