ВЦ ТОВ «Експертний центр діагностики та лабораторного супроводу «Біолайтс»,
вул. Ялтинська, буд. 5-б, м. Київ, 02099.
Місце проведення випробувань: вул. Б. Хмельницького, 135, смт. Баришівка, Київська обл., 07500.
Відділ прийому зразків: +38 096 054-86-57, zrazky@bls.com.ua, www.bls.com.ua

ЗАЯВКА
на проведення біохімічних досліджень сироваток крові

Дата _____ **№** _____

Замовник:		**Господарство:**	
Відповідальний менеджер		Відповідальний менеджер	
Адреса		Адреса	
Телефон		Телефон	
E-mail		E-mail	

Відправити результати досліджень до: ☐ Замовник ☐ Господарство
Відправити рахунок до: ☐ Замовник ☐ Господарство

При цьому направляємо _____ **зразків крові (сироватки)**

Стан зразків: ☐ охолоджені ☐ заморожені
Дата відбору: _____

☒ Кількість сироваток погоджено

Інформація про господарство:

Порода (або крос птиці): _____
Вік поголів'я: _____
Тип господарства (племінне, товарне стадо): _____
Інше: _____

Умови навколишнього середовища при зберіганні зразка (умови при відборі): _____

Зразки крові (сироватки) опломбовано: _____

Лабораторія для випробування використовує зразки, які відповідають нормам якості та в кількості у межах методики

Перелік показників для випробувань (МВ.БЛС 7.2-01/33):

Номер інвентарний /порядковий	Загальний білок (TP)	Альбумін (ALB)	Лужна фосфатаза (ALP04/ALP4P)	Альфа-амілаза (AMY)	Аланінамінотрансфераза (ALT)	Аспартатамінотрансфераза (AST)	Холестерин (CHOL)	Тригліцериди (TRIG)	Ліпаза (LIP)	Прямий білірубін (DBILC)	Загальний білірубіну (TBILC)	Гама-глутамілтрансфераза (GGT20)	Глюкоза (GLUC)	Фосфор (PHOS)	Кальцій (CALA)	Залізо (IRON)	Магній (MG)	Креатинін (CRE)	Сечовина (UREA)	Сечова кислота (UA)	Імуноглобуліни класу А (Ig A)	Імуноглобуліни класу М (Ig M)

Зразки після дослідження не зберігаються та не повертаються
Мінімальна кількість для дослідження вказана на нашому сайті bls.com.ua

Мета дослідження:

☐ з діагностичною метою ☐ моніторинг ☐ наукові дослідження
☐ Інші _____

Термін видачі результатів – у передбачений термін виконання методики.
Результати випробувань видаються після проведення оплати

Погоджуюсь на застосування обраних методів та відповідних методик.

_____	_____	_____	_____
Посада	*(ПІБ)*	*(підпис)*	*(дата)*