



BİYOSİDAL ÜRÜN BİLGİ FORMU

TALEP NO:		TALEP TARİHİ:	
RAPOR NO:			

RAPOR BİLGİLERİ	
Ürün/Ruhsat Sahibi:	
İrtibat Adresi:	
Numunenin Alındığı Adres(Farklı ise):	
İlgili Kişi:	
Mutabakat Tel No:	
E-Mutabakat Mail Adresi:	

NUMUNE KABUL ŞARTLARI	UYGUNLUK KONTROLÜ (Numune Kabul ve Raporlama Birimi tarafından doldurulacaktır.)	
Numuneler orijinal ambalajında, piyasaya sürülecek ambalajın muadili ambalajda, etiketli olmalıdır.	☐ UYGUN	☐ UYGUN DEĞİL
Ambalaj fiziki yapısı bozulmamış, sızdırmamış ve açılmamış olmalıdır.	☐ UYGUN	☐ UYGUN DEĞİL
Ruhsata esas analiz amacıyla gönderilen numunelerin üretim tarihleri en fazla 1 ay öncesine ait olmalıdır. İthal ürünler için bu süre en fazla 3 ay olmalıdır.	☐ UYGUN	☐ UYGUN DEĞİL
İlgili Kişi: Gönderilen tüm numuneler aynı içerikte, şarj/seri numarası ve ambalaj özelliklerine sahip olmadır, tüm analizler aynı numunelerde yapılacaktır. Etiket deforme olmuş, karalanmış, kazınmış ürünler kabul edilmez. Etiket harici notlar/yazılar dikkate alınmaz.	☐ UYGUN	☐ UYGUN DEĞİL

Analiz talep formunda belirtilen genel şartlar ve numune kabul şartlarını kabul eder ve beyan ettiğim bilgilerin doğruluğunu teyit ederim. Bilgilerin hatalı olmasından kaynaklanabilecek olumsuz durumların zararları tarafımıza aittir. Formda talep ettiğimiz analizlerin yapılmasını ve bu işe istinaden verilen teklifteki fiyatlardan tarafımıza faturalandırılacak tutarı ödemeyi kabul ettiğimizi beyan ederim.

Yetkilinin Adı & Soyadı/ Tarih/İmza



BİYOSİDAL ÜRÜN BİLGİ FORMU

Ürün Tam Adı	Kullanım Alanı / Koşul / Temas Süresi	Ürün Parti Bilgileri	Formülasyon Beyanı (Kimyasal Cas No ve Konsantrasyonu)	Ürün Spesifikasyonu Bilgileri:	Etkinlik Testi*	Ek Açıklamalar **
	Ürün Tipi: Umumi Kişisel Alan ☐ Medikal Alan ☐ Veterinerlik Alanı ☐ Test Koşulu: Temiz Koşul ☐ Kirli Koşul ☐	Ü. T. : __ / __ / ____ SKT. : __ / __ / ____ Açılmış Ürün Kullanım Süresi: ____ (Ay) Şarj / Seri No:		Renk: Koku: Görünüm: Yoğunluk: pH: Formülasyon Şekli:	Bakterisidal Etkinlik ☐ Fungusidal Etkinlik ☐ ☐	
	Ürün Tipi: Umumi Kişisel Alan ☐ Medikal Alan ☐ Veterinerlik Alanı ☐ Test Koşulu: Temiz Koşul ☐ Kirli Koşul ☐	Ü. T. : __ / __ / ____ SKT. : __ / __ / ____ Açılmış Ürün Kullanım Süresi: ____ (Ay) Şarj / Seri No:		Renk: Koku: Görünüm: Yoğunluk: pH: Formülasyon Şekli:	Bakterisidal Etkinlik ☐ Fungusidal Etkinlik ☐ ☐	



BİYOSİDAL ÜRÜN BİLGİ FORMU

Ürün Tipi: Umumi Kişisel Alan ☐ Medikal Alan ☐ Veterinerlik Alanı ☐ Test Koşulu: Temiz Koşul ☐ Kirliliği Koşul ☐	Ü. T. : __ / __ / ____ SKT. : __ / __ / ____ Açılmış Ürün Kullanım Süresi: ____ (Ay) Şarj / Seri No:	Renk: Koku: Görünüm: Yoğunluk: pH: Formülasyon Şekli:	Bakterisidal Etkinlik ☐ Fungusidal Etkinlik ☐ ☐
---	---	--	--

*Varsa özel kullanım talimatı (Sıcak uygulama, özel seyreltici gibi), konsantre ise seyreltme oranı, muhafaza koşullarını ve özel taleplerinizi belirtiniz.

** Özel Durum belirtilmediğinde ilgili metot ve mevzuata göre zorunlu mikroorganizmalar tek sıcaklık, tek konsantrasyon, tek süre için test edilecektir.