**BİTKİ KLİNİĞİ FORMU**

**ZİRAİ MÜCADELE ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ**

**Bornova / İzmir**

Müdürlüğünüze analiz edilmek üzere teslim edilen/gönderilen numunelerimize ait bilgiler aşağıda verilmiştir. Gerekli işlemin yapılmasını bilgilerinize arz ederim.

Adı Soyadı / Unvanı / İmza / Kaşe

|  |  |
| --- | --- |
| **NUMUNE BİLGİLERİ** | |
| Numunenin Cinsi / Türü |  |
| Adet / Miktar |  |
| Teslim / Gönderme Tarihi |  |
| Şikayet Nedeni/  İstenilen Analiz Türü (Belirtiniz) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **İLETİŞİM BİLGİLERİ** | |
| Adres |  |
| Telefon |  |
| e-posta |  |