



**ZLECENIE WYKONANIA POMIARÓW
TG, TG/MS, TG/IR, DSC**

Data:
Nazwisko i imię:
Katedra/Pracownia:
Telefon:
Nazwa próbki:
<input type="checkbox"/> Ciało stałe <input type="checkbox"/> Rozpuszczalnik:
Próbkę po pomiarze: zachować <input type="checkbox"/> , wyrzucić <input type="checkbox"/>
Uwagi:
Podpis kierownika:



**ZLECENIE WYKONANIA POMIARÓW
TG, TG/MS, TG/IR, DSC**

Data:
Nazwisko i imię:
Katedra/Pracownia:
Telefon:
Nazwa próbki:
<input type="checkbox"/> Ciało stałe <input type="checkbox"/> Rozpuszczalnik:
Próbkę po pomiarze: zachować <input type="checkbox"/> , wyrzucić <input type="checkbox"/>
Uwagi:
Podpis kierownika:



**ZLECENIE WYKONANIA POMIARÓW
TG, TG/MS, TG/IR, DSC**

Data:
Nazwisko i imię:
Katedra/Pracownia:
Telefon:
Nazwa próbki:
<input type="checkbox"/> Ciało stałe <input type="checkbox"/> Rozpuszczalnik:
Próbkę po pomiarze: zachować <input type="checkbox"/> , wyrzucić <input type="checkbox"/>
Uwagi:
Podpis kierownika:



**ZLECENIE WYKONANIA POMIARÓW
TG, TG/MS, TG/IR, DSC**

Data:
Nazwisko i imię:
Katedra/Pracownia:
Telefon:
Nazwa próbki:
<input type="checkbox"/> Ciało stałe <input type="checkbox"/> Rozpuszczalnik:
Próbkę po pomiarze: zachować <input type="checkbox"/> , wyrzucić <input type="checkbox"/>
Uwagi:
Podpis kierownika: