



Tel: 0533-631 11

LP:s Biodling AB

FÖLJESEDEL

NR:

DATUM _____

NAMN _____

ADRESS _____

TELE _____

EPOST _____



Vid inlämning: **STANDARD** **SÄRBEHANDLAT**

Ramar antal: _____

Antal Kolli: _____

Inlämnat vax utan ram: _____

Antal Kolli: _____

Önskas vax blocket i retur:

Ja

Nej

Ska vaxet säljas?

Ja

Nej

Ska vaxet valsas?

Ja

Nej

Markera med X vilket rammått du önskar få tillbaka, vid fler rammått skriv kg/mängd.

Ram mått: **Lågnormal** **HLS** **Svea** **Annat**

KG/mängd: _____

Renseriets uppgifter

Inlämnat block vax: _____

Ursmälta ramar antal: _____

Ramar utan vax: _____

Ursmält vax KG: _____

Tvätt ramar antal: _____

Trasiga ramar antal: _____

Ramar antal buntar: _____

Info från renseriet