

FORMULARZ F-05 (PM-10)

**Świadectwo analizy mikrobiologicznej suplementu diety**WYDANIE: 4  
Data wydania: 01.07.2024  
Zastępuje wydanie 3  
Z dnia: 10.07.2019  
Strona 1/1

NR ŚWIADECTWA: 06/03/25/AC/SD

(nr kolejny w miesiącu/ miesiąc/ rok/symbol firmy/identyfikacja badania)

DATA ZAPISU: 20.03.2025

(dzień/miesiąc/rok)

ZLECENIODAWCA: Aura Group Sp. z o. o.Książenice, ul. Przyjaciół 30/2, 05-825 Kraśnicza Wola

(Nazwa, adres)

ZLECENIE NR lub DATA ZLECENIA: 13.03.2025

SPECYFIKACJA ZLECENIODAWCY NR: -

CEL BADANIA: -

METODA: Ph. Eur.11, 2.6.13

WYMAGANIA: W oparciu o wytyczne Zleceniodawcy**INFORMACJE O PRÓBCE**

NAZWA BADANEJ PRÓBKII	<u>Profilaktyka probiotyk</u>
-----------------------	-------------------------------

Rodzaj próbki	Seria	Data ważności	Data produkcji	Próbkę pobrał
Produkt końcowy	-	-	-	<u>Zleceniodawca</u>
Produkt luzem				
Surowiec				

PRÓBKA POBRANA: Zgodnie ze schematem opracowanym przez Zleceniodawcę

**WYNIKI BADAŃ**

ZAKRES BADANIA	W	WYNIK	WYMAGANIA	
			akceptowane	dopuszczalne
Obecność <i>Escherichia coli</i>	1 g	nieobecne	nieobecne	nieobecne
Obecność <i>Staphylococcus aureus</i>	1 g	nieobecne	nieobecne	nieobecne
Obecność <i>Salmonella</i>	10 g	nieobecne	nieobecne	nieobecne
Liczba tolerujących żółć bakterii Gram-ujemnych	1 g	mniej niż 10 j.t.k	nie więcej niż 10 <sup>2</sup> j.t.k	nie więcej niż 10 <sup>2</sup> j.t.k

Badana próba ZGODNA z wymaganiami

Kierownik ds. Badań  
Osoba autoryzująca: 20.03.2025 / **Ewelina Bartosz**  
(data/podpis)

Podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym.