

Demandeur

NOM ou
Raison sociale : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____



____ / ____ / ____ / ____ / ____

Convention : OUI / NON

Débiteur des analyses (si autre que le demandeur)

Nom Prénom/Raison sociale :

Adresse (complète) :

Téléphone :

Surfaces prélevées

N° de dossier *



	Dénomination	Après nettoyage (Date)	Gélose contact	Chiff. Listeria	Chiff. Salmo.	* N° d'enregistrement
n°1						
n°2						
n°3						
n°4						
n°5						
n°6						
n°7						
n°8						
n°9						
n°10						

Conclusions et commentaires émis automatiquement sauf refus du client (hors convention)

* Saisie au laboratoire

* **Cachet du laboratoire (si réception à l'accueil)**

Signature client :

Préleveur du laboratoire

Nom / Visa :

Date :

Heure : h

Référence du document : H-objet -En-002

2 / 2