

**Demandeur**

NOM ou Raison sociale : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

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	Chiffonnette <i>Listeria spp.</i>	Chiffonnette <i>Salmonella</i>	Chiffonnette <i>Listeria mono</i>	n° échantillon
n°1							
n°2							
n°3							
n°4							
n°5							
n°6							
n°7							
n°8							
n°9							
n°10							

Déclaration de conformité émise automatiquement sauf refus du client

Réservé au laboratoire

Cachet du laboratoire (si réception à l'accueil)

Signature client :

**Préleveur du laboratoire**

Nom / Visa :
Date :
Heure :            h