

CLIENT		N° DOSSIER :
Nom : N° SIRET : N°EDE : Adresse : Code Postal : Ville : Tél. : Fax : E-Mail :		Enregistré par : Acheminé par : Réceptionné par Date de réception :/...../..... Heure de réception :h..... Température à réception :°C
CONTACT (si différent du client)		Flacons LDA à facturer
Nom : Prénom : Fonction : Tél. : Fax : E-Mail :		(Préciser le nombre et le type) : flacon(s) flacon(s) flacon(s)
DESTINATAIRES DES RESULTATS	DESTINATAIRES DE LA FACTURE	
<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : Mode de transmission : <input type="checkbox"/> Papier <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> E-mail	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	
DEVIS		
N° (le cas échéant) :		

Nombre d'échantillons : prélevé(s) par :

Date du prélèvement (si unique pour tous les prélèvements) :

(utiliser le tableau au dos pour identifier les échantillons et la demande d'analyse)

COMMENTAIRES CLIENT	SIGNATURE CLIENT
URGENT <input type="checkbox"/>	

Cadre réservé au LDA39

CONTRÔLE À RECEPTION	
Acheminement des échantillons : Congelés <input type="checkbox"/> Sous Glace <input type="checkbox"/> Réfrigérés <input type="checkbox"/> Non Réfrigérés <input type="checkbox"/> Chauds <input type="checkbox"/>	Echantillon conforme <input type="checkbox"/> Echantillon non conforme (préciser la cause) Conditions d'acheminement incorrectes <input type="checkbox"/> Quantité insuffisante <input type="checkbox"/> Flacon abîmé <input type="checkbox"/> Délai d'acheminement <input type="checkbox"/> Flacon non adapté <input type="checkbox"/> Autre cause <input type="checkbox"/>
OBSERVATIONS LDA Heure de prélèvement :	Réalisé par : le : / /

