



Clinique du Végétal® Pré-Analyse	Enregistrement	Code : EN-PRE-01
	Fiche de demande d'analyse	Date d'application : 17/02/21 Page 1/1 - Version 3

Laboratoire destinataire : Tél : 0262-49-27-15 cliniqueduvegetal@fdgdon974.fr cliniqueduvegetal974@gmail.com	La Clinique du Végétal® de la FDGDON Réunion Pôle Protection des Plantes 7 chemin de l'IRAT Ligne Paradis 97410 SAINT PIERRE	Code du labo : (rempli par le labo)
---	---	--

Catégorie d'analyse :
Surveillance réglementaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<input type="checkbox"/> Diagnostic ¹ Identification du parasite ou hypothèses non parasitaires, conseils phytosanitaires ² <input type="checkbox"/> Bact. ; <input type="checkbox"/> Ento ; <input type="checkbox"/> Myco ; <input type="checkbox"/> Viro ; <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Détection : Organisme recherché ^{1, 3} : Référence si connue (note de service ou méthode d'analyse) :
--	--

Problème remonté :


Si besoin de confirmation des résultats par un LNR, acceptation du client : Oui Non

Urgence : Oui Non

³ Commentaires : En cas de demande d'analyse couverte par notre portée d'accréditation, les analyses se feront sous accréditation. En cas de refus du client, préciser les motifs ci-dessous :

¹ En cas de parasite réglementé détecté, les services officiels en seront informés. Toute communication des résultats est alors soumise à leur approbation.

² Selon la complexité de l'identification, le résultat peut prendre plusieurs semaines

Nature de (ou des) échantillon(s) pour le laboratoire :	
Votre référence :	Date de prélèvement :
<input type="checkbox"/> Culture : Organe concerné :	<input type="checkbox"/> Autre (si pas un végétal) :
Nature du prélèvement : <input type="checkbox"/> Frais <input type="checkbox"/> BOS <input type="checkbox"/> Lyophilisé <input type="checkbox"/> Autres :	
Client bénéficiaire (détenteur du végétal) : <input type="checkbox"/> Agriculteur <input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/> Particulier Nom : Adresse : Code postal Ville : Tél : e-mail :	Transmetteur (si différent du Client) : Organisme : Correspondant : Adresse : Code postal Ville : Tél : e-mail :
Commentaires : (conduite culturale, phytosanitaire, zone cultivée, coordonnées GPS, etc.)	
 Les échantillons transmis deviennent la propriété du laboratoire sous couvert d'anonymat du client.	

Envoi des résultats :		
Destinataire des résultats (préciser) :	Facture à (si différent du destinataire) :	
Remise des résultats : <input type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> Mail ⁴ <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :	Commentaires (facture payée, ...) :	
Numéro contrat de demande d'analyse :	Date : <input type="text"/>	Signature ⁵ : <input type="text"/>

⁴ le rapport en format PDF n'est pas modifiable et reproductible. Les copies sont sous la responsabilité du destinataire.

⁵ En signant le client accepte les conditions générales de vente du laboratoire