



Clinique du Végétal® Pré-Analyse	Enregistrement	Code : EN-PRE-01
	Fiche de demande d'analyse	Date d'application : 01/03/24 Page 1/1 - Version 7

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	<input type="checkbox"/> Détection : Organisme recherché ¹ :
<input type="checkbox"/> Bact. ; <input type="checkbox"/> Ento ; <input type="checkbox"/> Myco ; <input type="checkbox"/> Viro ; <input type="checkbox"/> Autres	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

// analyses, acceptation du client : Sous accréditat° Hors accréditat°³ Non Concerné

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

³ Les motifs pour la réalisation des analyses hors accréditation doivent figurer dans la partie « Commentaires » ci-dessous

Nature de (ou des) échantillon(s) pour le laboratoire :

Votre référence : _____ Date de prélèvement : _____

Préleveur : _____

Culture : _____ Autre (si pas un végétal) : _____
Organe concerné : _____

Nature du prélèvement : Frais BOS Lyophilisé 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 : _____
---	---

Envoi des résultats :

Destinataire des résultats (préciser) : _____ Facture à (si différent du destinataire) : _____

Remise des résultats : Poste Mail ⁴ Autres (préciser) : _____

Numéro contrat de demande d'analyse : _____ Date : _____ Signature⁵ : _____

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

Commentaires_ : (conduite culturale, phytosanitaire, zone cultivée, coordonnées GPS, facture payée, etc.)
 Les échantillons transmis deviennent la propriété du laboratoire sous couvert d'anonymat du client