

DEMANDE DE PRESTATIONS

VOS COORDONNEES

Nom et adresse de l'Etablissement demandeur		Nom et adresse du lieu de prélèvement (si différent)	
Tél. :	Fax :	Tél. :	Fax :
Adresse mail :		N° SIRET :	
Domaine d'activité :			
Adresse d'expédition des résultats :		Adresse de facturation :	
Nom du Directeur, du Responsable :		Nom du Responsable de cuisine :	

PRESTATIONS

Mode d'acheminement : dépôt du prélèvement au laboratoire par le client
 collecte sur le site de prélèvement par le laboratoire

Fréquence de passage : Nombre de passage(s) : (exemple : 2 passages / trimestre)

par : semaine mois tous les 2 mois entre les vacances scolaires
trimestre semestre passage ponctuel (à la demande)

Nombre d'échantillons par passage :

Nombre d'échantillon(s) alimentaire(s) :

Nombre d'analyse(s) de surface : Fréquence des analyses de surface (exemple : trimestrielle) :

Date de mise en application des prestations : / /

RENSEIGNEMENTS PRATIQUES

JOURS DE FERMETURE		
CRENEAU HORAIRE CONSEILLE INDICATIF (heures de travail du personnel)		
HORAIRES A EVITER		
VOTRE ETABLISSEMENT EST-IL OUVERT PENDANT LA PERIODE D'ETE JUILLET / AOÛT ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
PASSAGE POSSIBLE LES MERCREDIS ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
VOTRE ETABLISSEMENT EST-IL OUVERT PENDANT LES VACANCES SCOLAIRES ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

J'atteste avoir pris connaissance du document joint « Compétences et tarification » Q DEM SD 01.

Date :

Signature du demandeur :